



13. Neubiberger Krankenhausforum

**Europäisierung des
Krankenhausmarktes - Chancen und
Risiken für deutsche Krankenhäuser**

**Prof. Dr. G. Neubauer
Diplom-Volkswirt J. Nothnagel**

6. Juli 2004

REPORT DOCUMENTATION PAGE

Form Approved OMB No. 0704-0188

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1 hour per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to Washington Headquarters Services, Directorate for Information Operations and Reports, 1215 Jefferson Davis Highway, Suite 1204, Arlington, VA 22202-4302, and to the Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (0704-0188), Washington, DC 20503.

1. AGENCY USE ONLY (Leave blank)		2. REPORT DATE 6 July 2004	3. REPORT TYPE AND DATES COVERED Report	
4. TITLE AND SUBTITLE Europäisierung des Krankenhausmarkets – Chancen und Risiken für deutsche Krankenhäuser (Europeanization of the hospital Markets - opportunities and risks for German hospitals)			5. FUNDING NUMBERS	
6. AUTHOR(S) G. Neubauer				
7. PERFORMING ORGANIZATION NAME(S) AND ADDRESS(ES) UNIBW			8. PERFORMING ORGANIZATION REPORT NUMBER	
9. SPONSORING/MONITORING AGENCY NAME(S) AND ADDRESS(ES) Universität für der Bundeswehr München Werner-Heisenberg-Weg 39 D-85577 Neubiberg GERMANY			10. SPONSORING/MONITORING AGENCY REPORT NUMBER	
11. SUPPLEMENTARY NOTES Text in German., 93 pages				
12a. DISTRIBUTION/AVAILABILITY STATEMENT Public release. Copyrighted. (1 and 20)			12b. DISTRIBUTION CODE	
<p>ABSTRACT (Maximum 200 words)</p> <p>Topics:</p> <p>RISKS AND OPPORTUNITIES IN THE GERMAN HOSPITALS ENLARGED EUROPEAN UNION -- Dr. Dieter Thomae</p> <p>EUROPEAN VIEW FROM THE HOSPITAL MARKETS OF BAVARIAN STATE GOVERNMENT -- Dr. Gerhard Knorr</p> <p>DRG'S IN EUROPE -- Prof. Dr. Jean-Marie Rodrigues</p> <p>BENCHMARKING FOR HOSPITALS IN EUROPE -- Eckhart Flügge</p> <p>CZECH GERMAN AND HOSPITALS: COOPERATION OR COMPETITION? -- Vladimir Zapletal</p> <p>COMPETITIVENESS OF GERMAN HOSPITALS IN EUROPE -- Dr. Axel Paeger</p> <p>POLISH HOSPITALS UNITED EUROPE -- Dr. Krzysztof Kaszmierczak</p> <p>Machine assisted translation.</p>				
14. SUBJECT TERMS UNIBW, German, Hospitals, German Hospitals, European Union, Health care competition			15. NUMBER OF PAGES	
			16. PRICE CODE	
17. SECURITY CLASSIFICATION OF REPORT UNCLASSIFIED	18. SECURITY CLASSIFICATION OF THIS PAGE UNCLASSIFIED	19. SECURITY CLASSIFICATION OF ABSTRACT UNCLASSIFIED	20. LIMITATION OF ABSTRACT UL	

NSN 7540-01-280-5500

Standard Form 298 (Rev. 2-89)
Prescribed by ANSI Std. Z39-18
298-102



13. Neubiberger Krankenhausforum

**Europäisierung des
Krankenhausmarktes - Chancen und
Risiken für deutsche Krankenhäuser**

20080701 307

**Prof. Dr. G. Neubauer
Diplom-Volkswirt J. Nothnagel**

6. Juli 2004

AQ F08-09-09511

VORWORT	2
BEGRÜSSUNG DURCH DEN TAGUNGSLEITER <i>Prof. Dr. Günter Neubauer</i>	3
GRUSSWORTE DES DEKANS <i>Prof. Dr. Friedrich L. Sell</i>	5
GRUSSWORTE FÜR DIE B.BRAUN-STIFTUNG <i>Uta Meurer</i>	7
EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK <i>Prof. Dr. Günter Neubauer</i>	11
CHANCEN UND RISIKEN DEUTSCHER KRANKENHÄUSER IN DER ERWEITERTEN EUROPÄISCHEN UNION <i>Dr. Dieter Thomae</i>	20
EUROPÄISIERUNG DES KRANKENHAUSMARKTES AUS SICHT DER BAYERISCHEN STAATSREGIERUNG <i>Ministerialdirigent Dr. Gerhard Knorr</i>	29
DRG'S IN EUROPA <i>Prof. Dr. Jean-Marie Rodrigues</i>	39
BENCHMARKING FÜR KRANKENHÄUSER IN EUROPA <i>Eckhart Flügge</i>	53
DEUTSCHE UND TSCHECHISCHE KRANKENHÄUSER: KOOPERATION ODER KONKURRENZ? <i>Vladimir Zapletal</i>	75
WETTBEWERBSFÄHIGKEIT DEUTSCHER KRANKENHÄUSER IN EUROPA <i>Dr. Axel Paeger</i>	76
POLNISCHE KRANKENHÄUSER IM VEREINTEN EUROPA <i>Dr. med. Krzysztof Kaszmierniczak</i>	84
ANHANG	93

VORWORT

Zur diesjährigen Veranstaltung haben wir ein Leitthema gewählt, das im Jahr der Erweiterung der Europäischen Union um zehn weitere Mitgliedsstaaten von hoher Aktualität ist. Die von uns gewonnenen Referenten sprechen u. a. auch für diese Mitgliedsstaaten. Dabei stehen die Auswirkungen der Europäisierung auf die Krankenhäuser im Mittelpunkt.

Zum diesjährigen Krankenhausforum konnten wir nicht nur hochrangige Referenten aus Politik, Wissenschaft und Praxis gewinnen, sondern auch eine große Teilnehmerzahl erreichen. So lagen uns über 200 Anmeldungen vor, welche dieses Jahr erstmals online möglich waren. Die Veranstaltung fand am Mittwoch, den 2. Juli 2003, von 9.00 bis 16.15 Uhr im Audimax der Universität der Bundeswehr München statt. Die Organisation und die Zusammenstellung dieses Tagungsbandes lagen in den Händen von Diplom-Volkswirt Jens Nothnagel, der als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur von Prof. Dr. Günter Neubauer tätig ist.

Im vorliegenden Tagungsband sind die Vorträge der Veranstaltung abgedruckt. Einige Beiträge sind lediglich in der präsentierten Form enthalten. Wir schließen damit einen Kompromiß zwischen einer möglichst zeitnahen Veröffentlichung und einer wissenschaftlichen Kriterien genügenden Form. Dieser Tagungsband und die Tagungsbände der letzten Jahre sind auch über die Veranstaltungshomepage www.neubiberger-krankenhausforum.de abrufbar.

Abschließend wollen wir der angenehmen Pflicht nachkommen und uns bei der B.Braun-Stiftung Melsungen bedanken, welche durch ihre finanzielle Unterstützung diese und auch alle vorhergehenden Veranstaltungen in dieser Form erst ermöglicht hat.

Prof. Dr. Günter Neubauer
Leitung

Diplom-Volkswirt Jens Nothnagel
Organisation

BEGRÜSSUNG DURCH DEN TAGUNGSLEITER

Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste,

ich freue mich über Ihr zahlreiches Erscheinen und begrüße Sie ganz herzlich zu unserem 13. Neubiberger Krankenhausforum. Offensichtlich ist es uns wieder gelungen mit der gestellten Thematik und den hierzu gewonnenen Referenten Ihr Interesse zu wecken. Ganz besonders darf ich einmal mehr unseren Dekan, Herr Professor Sell, begrüßen, welcher auch einige einführende Worte zu uns sprechen wird. Schließlich ist es mir eine Ehre und eine Freude die Geschäftsführerin der B. Braun-Stiftung, Frau Ute Meurer, wie jedes Jahr hier begrüßen zu dürfen. Frau Meurer hat diese Veranstaltungen von Anfang an mitbegleitet und kann mit Fug und Recht als eine Mitinitiatorin der Neubiberger Foren bezeichnet werden. Frau Meurer stand uns nicht nur bei der Beantragung finanzieller Unterstützung bei der B. Braun-Stiftung stets zur Seite, sondern sie hat uns auch mit Anregungen zu Themen und Referenten Unterstützung gewährt. Hierfür, Frau Meurer, mein ganz persönlicher Dank an Sie an dieser Stelle.

Schließlich darf ich mich auch bei den Referenten bedanken, die ausnahmslos spontan bereit waren aktiv zu dieser Veranstaltung beizutragen. Hervorheben darf ich an dieser Stelle die Herren Professor Dr. Rodrigues und Vladimir Zapletal, welche aus Frankreich und der Tschechei angereist sind, um uns über die Krankenhaussysteme ihrer Heimatländer zu informieren. Mein Dank gilt aber auch all jenen Teilnehmern die schon seit vielen Jahren unserer Veranstaltungsreihe die Treue halten und die mir zumeist persönlich bekannt sind. Wenn ich hier jetzt nicht jeden einzelnen begrüßen kann und es mir auch in den Pausen nicht immer gelingt, allen die Hand zu geben, so bitte ich um Nachsicht, da angesichts der organisatorischen Fragen und der großen Anzahl an Teilnehmern dies immer nur unvollkommen gelingen kann. Viele Teilnehmer sind bereits seit dreizehn Jahren dabei und finden offensichtlich unsere Veranstaltungen immer noch so attraktiv, dass sie den Weg nach Neubiberg nicht scheuen.

Damit darf ich das 13. Neubiberger Krankenhausforum eröffnen und uns allen eine spannende aber auch ertragreiche Veranstaltung wünschen.

GRUSSWORTE DES DEKANS

Prof. Dr. Friedrich L. Sell
Dekan der Fakultät WOW
Universität der Bundeswehr München

Sehr geehrter Herr Kollege Neubauer,
Sehr geehrte Frau Meurer,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist mir eine große Freude, Sie zum bereits 13. Neubiberger Krankenhausforum begrüßen zu dürfen. Ich tue dies – und das zum zweiten Mal – in meiner Eigenschaft als Dekan der Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften. Besonders begrüßen möchte ich Frau Uta Meurer von der B. Braun-Stiftung und von unserer Fakultät Herrn Kollegen Günter Neubauer, der wiederum mit bewährter Routine und großem Engagement dieses Krankenhausforum vorbereitet hat und ihr Gastgeber sein wird.

Das von Ihnen gewählte Thema ist von außerordentlich großer Aktualität und Relevanz. Hierzu möchte ich vielleicht lediglich drei Hinweise geben:

1. Der Markt für europäische Krankenhausdienstleistungen ist durch die erst kürzlich vollzogene Osterweiterung um zehn weitere Länder aus Mittel- und Osteuropa größer geworden.
2. Die EU hat mit ihrer Richtlinie zur Liberalisierung des Dienstleistungshandels in der EU dafür gesorgt, dass in dem genannten Markt für Krankenhausdienstleistungen in den nächsten Jahren der Wettbewerb noch zunehmen wird.
3. Die nun verabschiedete Europäische Verfassung, die durch die Staats- und Regierungschefs von 25 Ländern unterzeichnet worden ist, harrt nun in den nächsten Jahren des Ratifizierungsprozesses. Das aus heutiger Sicht noch unsichere Ergebnis dieser Entwicklung wird aber sicherlich ebenfalls für den Wettbewerb auf dem Markt für europäische Krankenhausdienstleistungen von größter Wichtigkeit sein.

Wie diese wenigen Hinweise bereits deutlich machen, so ist mit dem „Krankenhausmarkt“ so vermute ich jedenfalls als Laie, der Markt für Dienstleistungen der Krankenhäuser und nicht

der Markt für den Erwerb bzw. den Verkauf von Krankenhäusern selbst gemeint. Dieser Dienstleistungshandel ist und wird Teil des jetzt liberalisierten und noch weiter zu liberalisierenden Europäischen Dienstleistungshandels. In diesem Markt befinden sich schon heute sehr verschiedene Anbieter; es ist damit zu rechnen, dass der intensivierte Kostenwettbewerb u. a. dazu führen wird, dass kleinere Krankenhäuser Teile ihrer teuren Diagnostik nicht mehr werden vorhalten können. Eine erhöhte Patientenmobilität wird erforderlich sein und werden, wenn – wovon auszugehen ist – das alte Prinzip der Nähe des Patienten zum Krankenhaus, nicht mehr im Vordergrund stehen wird und auch nicht stehen kann. Andererseits werden durch eine Zentralisierung der Diagnostik insgesamt Kosten und darunter auch Transportkosten eingespart werden können.

Bei einem ersten, sehr vorsichtigen Zwischenfazit komme ich also zu dem Ergebnis, dass der intensivere Wettbewerb über europäische Grenzen hinweg insgesamt doch positive Einspareffekte auslösen kann und dass deshalb in der Vergrößerung und Intensivierung des Marktes für europäische Krankenhausdienstleistungen eine große Chance liegt.

Zugleich – und das ist sicherlich auch nicht überraschend – sind solche Prozesse immer auch mit Risiken behaftet. Ich möchte hierzu als Laie zwei sehr simple Überlegungen bzw. Vermutungen anstellen: Wird die Versorgungsqualität leiden, wenn etwa deutsche Patienten von belgischen Ärzten behandelt werden sollen und keiner den anderen versteht, weil eben der Belgier kein deutsch und der Deutsche kein französisch spricht? Gesellen sich nun zu den LKWs auf europäischen Autobahnen, die in Staus stehen und Teile ihrer unternehmerischen Lagerhaltung von Nord nach Süd und von West nach Ost bewegen, nun noch Krankenwagen hinzu mit europäisch-mobilen Patienten? Und schließlich: Kommt die spezielle und besonders wichtige Zuwendung und persönliche Beziehung des Patienten zu seinem Arzt u. U. in Zukunft zu kurz?

Dies sind nur einige wenige Überlegungen. Es ist nun an Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, unter der geübten und kompetenten Leitung von Herrn Kollegen Neubauer, die in Ihrem Tagungsprogramm ausgewiesenen Themen durch Vortragende zunächst vorstellen zu lassen und anschließend intensiv zu diskutieren. Dazu wünsche ich Ihnen als Dekan der Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften guten Erfolg.

GRUSSWORTE FÜR DIE B.BRAUN-STIFTUNG

Frau Uta Meurer
Geschäftsführerin der
B. Braun-Stiftung, Melsungen
Chefredakteurin "f&w"

Sehr verehrter, lieber Professor Neubauer,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

guten Morgen hier in Neubiberg, mitten in Europa.

Spätestens seit dem ersten Mai ist dieser Zusatz richtiger geworden. Aus der Schule wissen wir zwar, dass Europa bis zum Ural reicht, insofern markiert Neubiberg noch nicht einmal den halben Weg dorthin, aber in der erweiterten EU hat Deutschland durchaus eine Mittelpunktlage.

Womit wir auch schon mitten im Thema wären:

Die Europäisierung des Krankenhausmarktes. Der Krankenhausmarkt, das ist uns allen klar, ist noch längst kein europäischer. Oft ist er ein lokaler, allenfalls ein regionaler. Denn die meisten Menschen, die krank werden, suchen die Behandlung, die Heilung in der Nähe.

Und wenn wir die Trägerstrukturen der Krankenhäuser betrachten, so sind es vielfach Kommunen, Landkreise. Selbst die privaten Ketten haben sich bislang kaum ins Ausland gewagt. Und wenn sie es taten, waren sie oft erstaunt ob der Sitten, die dort herrschen. Doch so begrenzt wie die Krankenhauswelt ist der Gesundheitsmarkt nun doch nicht. Die Industrie für Pharmaka, für Medizintechnik, für Heil- und Hilfsmittel ist längst international. Und immer mehr Patienten aus dem Ausland schätzen unsere deutsche Hochleistungsmedizin. Aber auch immer mehr Deutsche begeben sich für bestimmte Behandlungen ins Ausland.

Oder denken wir an unsere Senioren, die so reich sind wie nie zuvor, den Lebensabend in der eigenen Immobilie in Spanien genießen – und dort nicht auf eine optimale

Gesundheitsversorgung verzichten wollen. Die Telemedizin macht es möglich, ihren Herzschrittmacher direkt mit ihrem Krankenhaus in Deutschland zu verbinden.

Auch der Arbeitsmarkt für die Beschäftigten im Gesundheitswesen ist international. Deutsche Ärzte gehen nach Skandinavien und England. Die Krankenkassen holen polnische Zahnärzte nach Deutschland. Und was wäre unsere Altenpflege ohne die Arbeitskräfte aus Polen und Russland?

Und wie steht es um die Internationalität der Trägerstrukturen? Wenn wir den Denkraum etwas weiter stecken und uns kirchlichen Trägern zuwenden – zumal wenn es um katholische Häuser geht – wirken diese in einem internationalen Verbund mit einer 2000 Jahre währenden Unternehmenstradition und der Zentrale in Rom.

Sofern Vertreter kirchlicher Häuser heute hier sind, die wahren Damen und Herren internationaler Klinikketten, das sind doch Sie. Bedenken Sie einmal, welche Marktmacht Sie entfalten könnten, wenn Sie nur wollten. Doch nicht nur Markt- und Einkaufsmacht, sie könnten auch Behandlungsmaßstäbe international setzen und ethische Prinzipien vorleben.

Meine Damen und Herren, die europäischen Standorte treten untereinander in Konkurrenz. Auch wenn sich viele wünschen, dass die europäischen Leistungsstrukturen ans deutsche Niveau angepasst werden, – sei es beim Lohn, der Arbeitszeit, den Renten, der sozialen Sicherung – ganz so einfach wird es nicht sein.

Wir Deutschen werden uns auch an das europäische Niveau anpassen müssen. Und die Industrieunternehmen tun das bereits in Riesenschritten. Die Arbeitszeit wird wieder länger. Urlaubs- und Weihnachtsgeld stehen zur Disposition.

Nicht nur Unternehmen und Standorte treten in Konkurrenz. Auch Konzepte für das bessere Modell, etwa in der Krankenversicherung oder in der Sozialversicherung überhaupt. Die Agenda 2010 hat die SPD im Ausland abgeschrieben.

In Zeiten, wo die Deutschen nicht reicher werden, wo wir ärmer werden müssen, um überhaupt noch am Marktgeschehen teilhaben zu können, wo Staat und Sozialsysteme in Überschuldung unterzugehen drohen, da müssen Reformen her. Und so liegt es doch nur auf der Hand, dass wir im erweiterten Europa nach Modellen suchen, die für uns passen.

Das heißt, allein unter dem Problemdruck wird es perspektivisch schon zu einer Annäherung der Sozialsysteme kommen.

Und denken wir an die Freizügigkeit. Wir sind Europäer, wir dürfen uns uneingeschränkt in jedem Land der EU niederlassen.

Wir nutzen die Vorteile dieses einheitlichen Marktes zum Beispiel beim Autokauf. Da glaube doch keiner, dass der Krankenhausmarkt für immer ein abgeschotteter bleiben wird.

Auf einem internationalen Krankenhauskongress vergangene Woche in Berlin wurden bereits erfolgreiche Internationalisierungsstrategien für Krankenhäuser und Investoren diskutiert. Private Ketten scharren mit den Hufen, wollen ihre Marktanteile nicht nur national, sondern auch international deutlich erhöhen. Das betrifft sowohl deutsche als auch schwedische oder südafrikanische Krankenhausbetreiber.

Meine Damen und Herren, ich glaube, die Internationalisierung des Krankenhausmarktes hat schon begonnen.

Und das kann man als Bedrohung oder als Chance sehen. Um genau das herauszufinden, was nun überwiegt, die Chancen oder die Bedrohung, ist es sinnvoll, dass wir uns heute zu diesem Kongress gefunden haben.

Die Deutschen müssen – zu neudeutsch evaluieren, wo Stärken und Schwächen liegen, wo sie von den Nachbarn lernen können, und was sie vielleicht zukaufen können. Ist es wirklich so, dass unser Gesundheitssystem das beste ist? Und was macht die Qualität eines Gesundheitssystems überhaupt aus?

Wenn wir Stärken haben, den anderen überlegen sind, dann haben wir alle Chancen, diese Stärken in Europa durchzusetzen. Uns *unternehmerisch* mit diesen Stärken durchzusetzen. Bedenken wir den Nachholbedarf in vielen europäischen Ländern.

So wie Skoda froh war, im Volkswagenwerk einen starken Partner gefunden zu haben, könnten vielleicht auch einige Krankenhäuser froh sein, wenn sich Kapitalgeber mit Know-how bei ihnen engagierten. Dann hätten auch Sie, die Anbieter von Klinikleistungen eine Chance, in der erweiterten EU einmal neue Wege zu beschreiten. Neue Wege, von denen auch wir in unserem Stammland später einmal lernen können. Opel hat in Eisenach direkt nach der

Grenzöffnung damals das modernste Autowerk der Welt gebaut und es nur gut zehn Jahre später in Gleiwitz geklont.

Die Autofirmen schreiben neue Projekte konzernweit aus. Nun konkurriert bei VW das Getriebeleitwerk in Kassel mit jenem in Bratislava. Die Slowaken haben Kostenvorteile, aber dennoch gehen die wichtigen Aufträge immer wieder in das deutsche Werk.

Sie sehen, wie ideenreich und leistungsstark die neue Konkurrenz macht.

Und so wie die deutsche Autoindustrie in Europa ihre Chancen nutzt und die Erweiterung nicht fürchtet, so sollten auch die Krankenhäuser die Chancen ergreifen - und nicht ängstlich vor den Bedrohungen zurückweichen.

Dazu wünsche ich uns allen heute neue, gute Ideen und Anregungen.

Herzlichen Dank.

Uta Meurer

EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK

Prof. Dr. Günter Neubauer
Universität der Bundeswehr München

Univ. Prof. Dr. G. Neubauer

Europäisierung des Krankenhausmarktes – Chancen und Risiken für deutsche Krankenhäuser

Neubilberger Krankenhausforum
06. Juli 2004

Universität der Bundeswehr München

1. Der Ausgangspunkt: Die vier europäischen Grundfreiheiten nach dem Maastricht-Vertrag von 1992

- **Freier Güterverkehr**
 - Arzneimittel
 - Medizinprodukte
 - Hilfsmittel, z.B. Brillen und Zahnersatz
- 2. Freier Kapitalverkehr**
 - Investitionen in Gesundheitseinrichtungen (Apotheken? Arzthäuser)
 - Eigentum an Krankenhäusern (europäische Krankenhausketten)

Universität der Bundeswehr München

1. Der Ausgangspunkt: Die vier europäischen Grundfreiheiten nach dem Maastricht-Vertrag von 1992

3. Freier Personenverkehr

- Niederlassungsfreiheit für Gesundheitsberufe
- Freie Wahl des Wohnortes, z.B. auch bei Pflegebedürftigkeit

4. Freier Dienstleistungsverkehr

- Freie Wahl des Arztes
- Freie Wahl des Krankenhauses?

Universität der Bundeswehr München

2. Umsetzung der Grundfreiheiten durch den EuGH

1999: Kohl-Decker-Urteil

Luxemburger Krankenkasse muss Versicherten deutschen Zahnersatz und belgische Brillen erstatten!

2001: Peerbooms-Smits-Urteil:

Niederländische Krankenkasse muss österreichische Krankenhausbehandlung erstatten, wenn:

- die Wartezeit zuhause zu lang ist,
- moderne Medizin zuhause nicht verfügbar ist,
- die inländische Gesundheitsversorgung nicht gefährdet wird.

Universität der Bundeswehr München

2. Umsetzung der Grundfreiheiten durch den EuGH

2001: Vanbraekel-Urteil:

Wenn die Kostenerstattung im Ausland niedriger ist, als zuhause sind Ergänzungszahlungen zu gewähren

2003: Müller-Faure-van Riet-Urteil:

Niederländische Krankenkassen dürfen die Inanspruchnahme von ambulant-ärztlichen Diensten in der EU nicht von einer vorhergehenden Genehmigung abhängig machen. Bei stationären Leistungen kann eine Genehmigung gerechtfertigt sein und eine Ausnahme vom Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs gemacht werden.

Universität der Bundeswehr München

3. Ökonomische Betrachtungsweise

3.1 Vorteile der EU-Erweiterung

- (1) Höherer Grad der Arbeitsteilung und Spezialisierung erhöht die Produktivität
- (2) Größere Produktserien senken die Stückkosten
- (3) Verschiedene Wirtschafts-/Steuer- und Sozialsysteme intensivieren den Wettbewerb
- (4) Dies gilt auch für die Gesundheits-/ Krankenhausmärkte

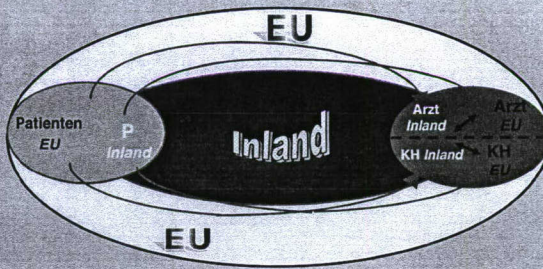
Universität der Bundeswehr München

3. Ökonomische Betrachtungsweise

3.2 Der europäische Gesundheitsmarkt

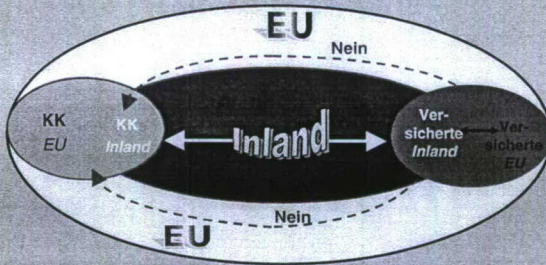
Universität der Bundeswehr München

Leistungsmarkt in der EU



Universität der Bundeswehr München

Versicherungsmarkt in der EU



Universität der Bundeswehr München

3. Ökonomische Betrachtungsweise

3.3 Europäische Krankenhausunternehmen

Universität der Bundeswehr München

Europäische Krankenhausunternehmen im Vergleich

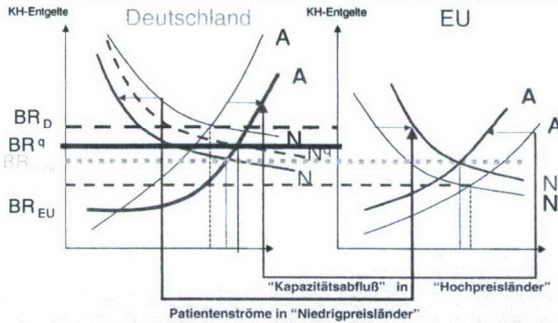
	CAPIO S / UK / F	Rhön- Klinikum D	General de Sante F / I	HCA US
Umsätze (2002) Mio. €	834	880	1040	17.300
Fallerlöse/Patient (€)	4.900	3.800	800	10.400
Umsatzzuwachs	42%	26%	18%	10%
Krankenhauszahl/ Patientenzahl	70/0,170 Mio.	26/0,23 Mio.	127/1,3 Mio.	173/1,5 Mio.
Börsenwert (2002) Mio. €	558	880	351	14.300
Roherlös (EBITA) (2002)	6,6%	13,1%	6,4%	13,6%

Universität der Bundeswehr München

4. Weiterentwicklung: Harmonisierung durch Wettbewerb?

Universität der Bundeswehr München

Deutsche Krankenhäuser im EU-Wettbewerb



Universität der Bundeswehr München

4. Weiterentwicklung: Harmonisierung durch Wettbewerb?

Beschleunigung der Entwicklung durch:

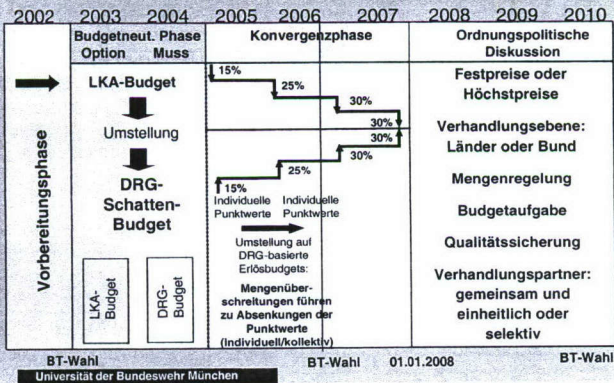
- Transparenz der Preise (DRG-System)
- Transparenz der Leistungsqualität
- Prozentuale Zuzahlung für Patienten
- Ausgleichszahlung durch Krankenkassen bei Kostenerstattung (Vanbraeckel-Gutachten)
- Übergang zu Kostenerstattung
- Reduktion des Leistungskataloges

Universität der Bundeswehr München

4. Ausblick

Universität der Bundeswehr München

DRG-Umsetzungsprozess in der Perspektive bis 2010



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Universität der Bundeswehr München

Werner-Heisenberg-Weg 39

85579 Neubiberg

Tel. 0049 89 / 6004 42 33

Fax 0049 89 / 601 46 93

e-mail: guenter.neubauer@unibw-muenchen.de

Universität der Bundeswehr München

CHANCEN UND RISIKEN DEUTSCHER KRANKENHÄUSER IN DER ERWEITERTEN EUROPÄISCHEN UNION

Dr. Dieter Thoma¹

Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP

Mitglied des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

alle, die sich heute zu diesem aktuellen sowie spannenden Thema im Rahmen des 13. Neubiberger Krankenhausforums zusammen gefunden haben, möchte ich zunächst einmal ganz herzlich begrüßen.

Der europäische Binnenmarkt und ein offenes Europa sind uns heute so selbstverständlich geworden, dass wir es manchmal kaum noch wahrnehmen. „Grenzen überschreiten“ ist keine leere Worthülse mehr, sondern gehört für viele Menschen zum ganz normalen Alltag. Sie gehen nicht mehr nur ins Ausland um dort ihren Urlaub zu machen, nein, sie studieren dort, sie arbeiten dort und immer häufiger werden sie auch zu Patienten.

Die Globalisierung macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt und wie in anderen Bereichen der Wirtschaft auch, bietet dies Chancen für die Anbieter und die Konsumenten, in diesem Falle also auch für deutsche Krankenhäuser, begleitende Dienstleister und Patienten.

Der Bereich des Gesundheitssektors ist vor dem Hintergrund der Europäischen Union und deren Erweiterungsprozess in der Tat sehr vielseitig und differenziert aufgestellt. Im Gegensatz zum Bereich der Wirtschaft und anderen Aufgabenfeldern ist aber eine gebietsübergreifende Europäisierung im Sinne der medizinischen Möglichkeiten, sicher noch im Aufbau begriffen. Kern der europäischen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich war bisher sicherlich die Herausforderung für die Mitgliedstaaten und die Union hinsichtlich der Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und Infektionen. Eine besondere Herausforderung, denn wir alle wissen, dass Krankheiten dieser Art keinen Halt an nationalen Grenzen machen.

¹ Dr. Thoma war zur Veranstaltung kurzfristig verhindert, hat aber im Vorfeld den Wortlaut seines Beitrages zur Verfügung gestellt.

Wer immer auf die Situation und die Landkarte der Gesundheitspolitik schaut, wird sehen, dass Stärken und Schwächen der Systeme, Erfolge und Misserfolge der jeweils anderen Staaten intensiv mitverfolgt und diskutiert werden. Nur durch frühzeitige und umfassende Informationen, die Analyse der Strukturen der Länder der europäischen Union sowie die Aufbereitung und der Transfer dieser Informationen, werden deutsche Kliniken in die Lage versetzt, auf internationale Kooperationsprojekte angemessen zu reagieren.

Ich möchte an dieser Stelle auch in meiner Eigenschaft als Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums zur Förderung deutscher Medizin im Ausland sprechen und möchte ihnen sagen, dass uns die Erfahrungen in unserer Projektarbeit der letzten Jahre darin bestärken, deutsche Kliniken bei der Entwicklung zielgruppen-adäquater Angebotsstrukturen zu unterstützen und vor allem das Image des „Medizinstandortes Deutschland“ weiterhin positiv zu fördern.

Das Informationsmanagement gehört hierbei zu den Kernaufgaben des Kuratoriums. Durch Vorträge, Veranstaltungen und aktive Pressearbeit im Ausland fördert das Kuratorium die Akzeptanz für grenzüberschreitende Projekte bei Ärzten und Patienten.

Das Kuratorium sieht sich als Mittler zwischen internationalen Kooperationspartnern und deutschen Kliniken. Hierzu gehört vor allem auch das Werben für die Qualität deutscher Krankenhäuser, ein Faktor, der die Voraussetzung dafür ist, dass eine stärkere Inanspruchnahme deutscher Gesundheitsleistungen einsetzen kann. Das Kuratorium bietet ausländischen Ärzten, Patienten und Verantwortlichen aus dem internationalen Gesundheitssektor Informationen über die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Sie erhalten so die Möglichkeit, ihren Patienten eine Behandlung in ausgewählten deutschen Kliniken auf hohem medizinischen und pflegerischen Niveau anzubieten.

Vor dem Hintergrund, dass Qualität und Seriosität in einem sensiblen Bereich - und insbesondere im Interesse der Patienten - gewahrt bleiben, hat die Bundesregierung das Kuratorium von Beginn an unterstützt. Ausdruck dieses Bemühens ist z.B. der sogenannte Ehrenkodex. Die darin enthaltenen Richtlinien, die für alle Mitglieder des Kuratoriums verpflichtend sind, sehen unter anderem vor, dass Auslandspatienten fremdsprachlich betreut werden und auf ihre religiösen und kulturellen Bedürfnisse Rücksicht genommen wird. Ärzte und Pflegepersonal sind dazu angehalten, sich an Weiterbildungsmaßnahmen zu beteiligen und aktiv am wissenschaftlichen Dialog teilzunehmen.

Seit der Gründung im Jahre 1998 und mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten sind dem Kuratorium ca. 90 Kliniken beigetreten. Die Mitgliedshäuser des Kuratoriums decken nahezu das gesamte Spektrum der deutschen Spitzenmedizin ab. Die Klinikstandorte sind über ganz Deutschland verteilt; bekannte Spezialisten aus allen medizinischen Fachrichtungen sind in unseren Reihen vertreten. Die Mitglieder des Vereins sind: Universitätskliniken und Krankenhäuser aus dem Bereich der Akut- und der Rehabilitationsmedizin sowie zahnärztliche Einrichtungen und Fördermitglieder wie beispielsweise der ADAC mit seiner Einheit für medizinische Hilfe.

Die folgenden drei Grundgedanken stehen bei unseren Werbeaktivitäten für die Qualität deutscher Medizinleistungen im Vordergrund:

- 1. Medizin-Leistungen sind internationale Angebote

Die Entwicklung der medizinischen Leistungen muss immer stärker vor einem internationalem Horizont gesehen werden. Zunehmende Spezialisierung der einzelnen Fachgebiete, teure Medizintechnik und fortschreitende Globalisierung sind hier die Stichworte. Diese Internationalisierung muss beobachtet, diskutiert und allen Partnern im deutschen Gesundheitsmarkt bekannt gemacht werden.

- 2. Deutschland ist ein attraktiver Gesundheitsstandort

Mit über 2.000 Akut-Krankenhäusern, mehr als 1.000 Reha-Kliniken und über 300.000 hervorragend ausgebildeten Ärzten gehört Deutschland zu den weltweit führenden Gesundheits-Ökonomien. Eine der wesentlichen Aufgaben des Kuratoriums besteht darin, diese hohe Qualität in den internationalen medizinischen Dialog einzubringen.

- 3. Deutschland ist mehr als Berlin, München und Hamburg

Medizin-Angebote von höchster Qualität, die den internationalen Vergleich nicht scheuen müssen, finden sich nicht nur in den bekannten Metropolen Deutschlands. Die fachliche medizinische Kompetenz ist vielmehr an vielen Klinikstandorten in Deutschland zu finden. Die Darstellung des komplexen deutschen Gesundheitssektors in der Europäischen Union und natürlich auch außerhalb Europas sollte sich weniger über Länder- oder Städteinteressen, sondern vielmehr der bundesweiten Qualität in der Darstellung des Gesundheitssektors widmen. Ich weiß, dass dies keine leichte Aufgabe ist, bin aber der Meinung, dass wir uns diesem Thema widmen sollten.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte an dieser Stelle noch einmal auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten aus der Europäischen Union eingehen.

Auf europäischer Ebene zeigt sich, dass die Wünsche von Patienten nach einer zeitnahen und qualitativ hochwertigen medizinischen Behandlung zunehmend die Realität einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit prägen. Während die vertraglichen und politischen Grundlagen eher noch von national ausgerichteten Gesundheits-Ökonomien innerhalb der europäischen Gemeinschaft ausgehen, hat sich der Trend zu einer gesamteuropäischen Nutzung von Gesundheitsleistungen - hier vor allem: Krankenhausleistungen - durch die Patienten in den vergangenen Jahren erheblich verstärkt.

Vor allem die teilweise erheblichen Wartezeiten für Patienten, die einen elektiv-chirurgischen Eingriff benötigen, haben diesen Trend verstärkt. Wer in die Euregio- Regionen schaut, und sich die enge Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und auch Krankenkassen im Interesse der Patienten vor Augen führt, der kann hier leicht ein Stück Zukunft erkennen. Ausgehend von Vereinbarungen in den Euregios haben wir ein Beispiel für die Diskussion der Möglichkeiten zu einer umfassenderen Nutzung von Krankenhaus-Kapazitäten zwischen Deutschland und seinen Nachbarländern.

Nicht zuletzt die einschlägige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes stärkt die Rechte der Patienten. So ist der Tenor der jüngsten Urteile, dass es für Patienten nicht zumutbar sei, in ihrem jeweiligen Heimatland über einen längeren Zeitraum auf eine notwendige Operation warten zu müssen, während in einem benachbarten Land eine sofortige medizinische Behandlung möglich wäre.

Auch wenn natürlich jeweils die Auswirkungen auf die nationalen Gesundheitssysteme berücksichtigt werden müssen, sollte die deutsche Politik die Entwicklungen zu einer verstärkten europäischen Zusammenarbeit unterstützen. Grundsätzlich muss das berechtigte Interesse der Patienten an einer schnellen und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung im Zentrum aller politischen Entscheidungen stehen.

An dieser Stelle stehen besonders die deutschen Krankenhäuser in der Verantwortung.

In konkreten Projekten mit Norwegen, Dänemark, England und den Niederlanden haben beispielsweise die Mitgliedseinrichtungen des Kuratoriums die Erfahrung sammeln können,

dass zwei Aspekte durchaus miteinander vereinbar sind: Einerseits eine hohe Patientenzufriedenheit durch eine schnelle und unbürokratische Behandlung in einem deutschen Krankenhaus und andererseits die Realisierung von Potenzialen zur Kostenreduktion.

Die zunehmende Thematisierung von Versorgungsdefiziten in der Öffentlichkeit hatte in den meisten Ländern mit dieser Problematik in den letzten Jahren kostenintensive Programme zur Folge, von denen man sich eine deutliche Reduzierung der Wartelisten versprach. So wurden beispielsweise in England wirtschaftliche Anreize für Hausärzte geschaffen, höhere Behandlungszahlen zu erzielen. Dies führte jedoch lediglich zu einer Verlagerung der Problematik in Form eines Anstiegs der Wartezeiten für die Facharztbehandlung.

Schließlich ist unter diesem Blickwinkel auch nach neuen Lösungsansätzen gesucht worden. Ein möglicher Weg: Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Die ökonomische Überlegung: Der Einkauf von hochspezialisierten Leistungen im Ausland ist in vielen Fällen immer noch kostengünstiger als der Aufbau eigener zusätzlicher Kapazitäten mit ihren langfristig zu finanzierenden Folgekosten.

Und hier bieten sich auch die Chancen für deutsche Krankenhäuser. Dieser Herausforderung gilt es sich zu stellen.

Ich bin nach wie vor der festen Überzeugung, dass die Chancen der europäischen Entwicklung offensiv genutzt werden müssen. Meiner Ansicht nach kann man davon ausgehen, dass die deutschen Krankenhäuser durch eine stärkere Öffnung der Gesundheitsmärkte eher Vorteile hätten, denn es hat sich bestätigt, dass die deutsche Medizin international wettbewerbsfähig ist. Dabei ist der Begriff Wettbewerbsfähigkeit vor allem unter den Gesichtspunkten Preis und Qualität zu betrachten.

Preislich sind die Leistungen deutscher Kliniken bei einer Reihe von Indikationen günstiger als in den meisten europäischen Ländern und in den USA. Qualitativ arbeiten die deutschen Kliniken auf durchgängig hohem Niveau. Die deutsche Medizin hat weltweit einen hervorragenden Ruf. Auch wenn es in den vergangenen Jahren im internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen eine beeindruckende Veränderung in der öffentlichen Wahrnehmung des deutschen Gesundheitswesens gegeben hat. Nicht zuletzt die weltpolitischen Veränderungen tragen ihren Teil dazu bei, dass der deutsche

Gesundheitssektor auch in der arabischen Welt, der Russischen Föderation und in Asien als ein wichtiger Kooperationspartner wahrgenommen wird.

Eine stärkere Zusammenarbeit in Europa und in den neuen Beitrittsländern - auch und gerade im Bereich des Gesundheitswesens - ist alleine deshalb so wichtig, weil der Gesundheitssektor, wie in Deutschland selber auch, ein entsprechend wirtschaftliches Gewicht vorzuweisen hat. Mittlerweile sind etwa 10% aller Arbeitsplätze in der Union dem Gesundheitsbereich zuzuordnen.

Die Preise für Arzneimittel, Hilfsmittel und medizinische Leistungen sind erst mit der Einführung des Euro für Ärzte, Patienten sehr viel transparenter geworden. Als Gesundheitspolitiker bin ich mehr als einmal - und dies vielleicht zu Recht - gefragt worden, warum dieses oder jenes Medikament im Ausland um ein Vielfaches günstiger ist als in der heimischen Apotheke.

In einigen Mitgliedstaaten, genannt sei hier Großbritannien, gibt es einen Bedarf an Fachkräften und dies gilt - in einigen Bereichen - auch für die neuen Länder. Auf der anderen Seite klagen Länder wie Spanien über einen Fachkräfteüberschuss.

Gerade für deutsche Krankenhäuser liegt in der Analyse dieser Entwicklungen eine große Chance. Wir sollten uns alle dafür einsetzen, die notwendige Mobilität von Fachkräften innerhalb eines einheitlichen und seit dem 1. Mai diesen Jahres angewachsenen Europa zu entwickeln.

Fragt man nun in diesem Zusammenhang nach möglichen Gefahren einer solchen Entwicklung, beispielsweise nach der immer wieder diskutierten und gefürchteten Konkurrenzsituation, der sich deutsche Leistungsanbieter hinsichtlich der Beitrittsländer ausgesetzt sehen, so ist hier sicherlich festzustellen, dass gesundheitliche Dienstleistungen dort aufgrund eines geringeren Lohnniveaus deutlich preiswerter erbracht werden können als im übrigen Westeuropa.

Die Frage ist aber, in welchen Bereichen dies zukünftig attraktiv sein kann?

Dies ist sicherlich da der Fall, wo es sich um personalintensive Leistungen handelt, und dort, wo viel Zeit für handwerkliche Arbeit investiert wird, z.B. im Bereich der Zahnmedizin und im Bereich der Rehabilitation. Hier wird sich der Kostendruck durch das beispielsweise in

Polen, Ungarn und der Tschechischen Republik wesentlich geringere Lohnniveau für Zahnärzte, Physiotherapeuten und Masseure auf die Leistungserbringer - zumindest im Bereich der selbstzahlenden Patienten - auswirken.

Wie viele Deutsche jährlich von Kuren in den Beitrittsländern Gebrauch machen, die dort inklusive Vollpension, ärztlicher Betreuung und bis zu vier Massagen und Bädern am Tag mancherorts für knapp 400 Euro pro Woche zu bekommen sind, vermögen weder die Krankenkassen noch das Bundesgesundheitsministerium zu sagen. Fakt ist aber, dass sich beispielsweise in Polen inzwischen ein ganzer Geschäftszweig auf die neue Kundschaft, vor allem aus Deutschland, einstellt.

Für den Bereich der Gesetzlich Versicherten setzt das Urteil des EuGH vom 12. Juli 2001 aber gewisse Grenzen, wodurch Abwanderungstendenzen aus dem deutschen Gesundheitssystem gemildert werden.

Sicherlich wird die Entwicklung, bei gleicher Qualität preisgünstigere Angebote im Ausland in Anspruch zu nehmen, kaum aufzuhalten sein. Es kommt allerdings gerade im Bereich der GKV darauf an dafür zu sorgen, dass die Qualität der Leistungen stimmt und vergleichbar ist.

Die aktuellen Beispiele zeigen, Patienten orientieren sich zunehmend weniger an den nationalen Grenzen und, aus verständlichen Gründen, stärker an der bestmöglichen medizinischen Behandlung. Dies ist aus meiner Sicht die eigentliche Motivation und die qualitative Herausforderung an deutsche Kliniken.

Umgekehrt ist der ebenfalls oft erwähnte „Run“ von Patienten aus den Beitrittsländern meiner Ansicht nach auch nicht zu erwarten. Standardoperationen werden zunächst weiter dort stattfinden, weil die Krankenkassen in den Beitrittsländern nicht in der Lage sein werden, die hier üblichen Preise für Gesundheitsleistungen zu bezahlen. Interessant wird eine Auslandsbehandlung in diesen Ländern vielmehr für Selbstzahler, und zwar in Spezialfällen und bei lebensbedrohenden Krankheiten, für die es die entsprechenden Therapien im Heimatland nicht gibt oder die entsprechend teure Gerätemedizin nicht vorhanden ist.

Engpässe im deutschen Gesundheitssystem werden hierdurch meines Erachtens nicht entstehen. Im Gegenteil: Die deutschen Krankenhäuser profitieren derzeit davon, dass sie ihre

zum Teil nicht optimal ausgelasteten Kapazitäten mit zusätzlichen Operationen frequentieren können.

Durch Zusatzeinnahmen außerhalb des mit den Krankenkassen ausgehandelten Budgets, die seit der Lockerung des Pflegesatzrechts zu Beginn des Jahres 1998 möglich sind, kann die Kostensituation der Kliniken - und dies gerade im Hinblick auf deren derzeitige angespannte Finanzlage - verbessert werden. Damit ist durch die alte Bundesregierung eine wesentliche Voraussetzung für eine aktive internationale Marktteilnahme geschaffen worden.

Meine sehr verehrten Damen und Herren...

Ich fasse zusammen:

In Zeiten knapper werdender Finanzressourcen kann die Vermarktung freier Kapazitäten in unseren Kliniken einen Beitrag zur Konsolidierung des deutschen Gesundheitssystems leisten. Dies kommt nicht zuletzt auch den deutschen Patienten und den Mitarbeitern im Gesundheitswesen zugute.

Zweifellos profitieren die Kliniken gegenwärtig von dem Umstand, dass in Deutschland die Spitzen der stationären Kapazitäten nicht ausgelastet sind, es anderswo aber Engpässe mit Wartelisten gibt. Offensichtlich ist unser beitragsfinanziert gegliedertes Gesundheitssystem den steuerfinanzierten staatlichen Systemen anderer Länder überlegen. Dort gibt es systemimmanent die Gefahr der Mangel- bzw. Fehlsteuerung.

Doch auch wenn beispielsweise Norweger, Briten und Italiener ihre Versorgungsprobleme in den Griff bekommen sollten und gleichzeitig in Deutschland ein maßvoller Rückbau der Überkapazitäten stattfinden sollte, haben deutsche Anbieter von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union - aber auch auf den Weltmärkten - große Chancen. Letzten Endes entscheidet die Qualität darüber, in welchem Land sich ein Patient behandeln lässt. Das bedeutet: Wir können einerseits glücklich sein, dass wir international den Einstieg geschafft haben, müssen aber andererseits alles daran setzen, dass wir im internationalen medizinischen Qualitätswettbewerb auch morgen noch überzeugen.

Die Herausforderungen für unser Gesundheitssystem liegen sicherlich auf mehreren Ebenen. Zu den ganz großen Anforderungen, auf die sich unser Gesundheitswesen einstellen muss,

und die meines Erachtens oft völlig unterschätzt werden, gehört nach wie vor die Europäische Union.

Die Europäisierung des Gesundheitswesens ist bereits vorangeschritten. Sie wird weitere Fortschritte machen und an Dynamik gewinnen. Unser Gesundheitswesen ist darauf von den rechtlichen Rahmenbedingungen her noch nicht optimal vorbereitet. Aber auch die Europäische Union hat noch keine klaren und eindeutigen Regelungen in der Gesundheitspolitik. Dies wird sich vor dem Hintergrund der entstehenden Europäischen Verfassung auch nicht wesentlich verändern. Die politischen Konsultations-, Kooperations- und Entwicklungsprozesse gilt es von deutscher Seite aus zu unterstützen und die deutschen Krankenhäuser angemessen auf die aktuellen Entwicklungen vorzubereiten - denn hierin liegen die Chancen für die deutschen Anbieter medizinischer Leistungen.

Sicherlich werden im Verlauf dieser Veranstaltung weitere interessante Aspekte dieser vielschichtigen Aufgabe dargestellt werden und ich möchte mich an dieser Stelle für ihre Aufmerksamkeit bedanken.

EUROPÄISIERUNG DES KRANKENHAUSMARKTES AUS SICHT DER BAYERISCHEN STAATSREGIERUNG

Ministerialdirigent Dr. Gerhard Knorr

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Anrede,

ich begrüße Sie alle sehr herzlich und bedanke mich für die Gelegenheit, Ihnen heute die Überlegungen der Bayerischen Staatsregierung zur „Europäisierung des Krankenhausmarktes“ vorzutragen. Zugleich beglückwünsche ich die Initiatoren des 13. Neubiberger Krankenhausforum, die mit diesem Tagungsmotto erneut ein feines Gespür für eine aktuelle und für das Gesundheitswesen brisante Thematik bewiesen haben. Gleichzeitig finde ich es reizvoll, dass man den stationären Sektor des Gesundheitswesens nicht immer nur anhand der Begriffe Planung und Förderung diskutiert, sondern unter einem ganz anderen Blickwinkel betrachtet.

Staatspräsident Mubarak in München – so titelten zahlreiche Zeitungen im Juni dieses Jahres. Ägyptens Präsident musste sich einer Bandscheibenoperation unterziehen und, obwohl es auch in seiner Heimat einige sehr gut ausgestattete Kliniken gibt, entschied er sich für ein Krankenhaus in München. Dies ist ohne jeden Zweifel eine große Anerkennung für den Gesundheitsstandort Bayern. Dabei hätten noch weitere bayerische Kliniken dasselbe Niveau bieten können. Dies ist kein Einzelfall. Bereits 1986 begab sich der damalige Präsident der Vereinigten Arabischen Emirate zur stationären Behandlung nach Aachen.

Angesichts dieser seit Jahren im Ausland bestehenden Wertschätzung deutscher Medizin drängt sich die Frage auf, ob wir uns dieses Positivums bewusst waren oder sind und ob wir genügend Anstrengungen unternommen haben, um hieraus positive arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitische Wirkungen zu erzielen.

Anrede,

während in Deutschland die Reformdebatte im Gesundheitswesen, jedenfalls in der Öffentlichkeit, vielfach um die Praxisgebühr und neue Zuzahlungsregelungen kreist, scheint

es manchmal ganz in Vergessenheit zu geraten, dass es in unserem Land – allen Unkenrufen zum Trotz – eine Krankenhausstruktur mit hervorragender medizinischer Kompetenz und einer Medizintechnik auf modernstem Stand gibt, die von ausländischen Patienten in hohem Maße nachgefragt wird. Während zahlreiche Länder Probleme haben, ihre Bevölkerung mit notwendigen medizinischen Leistungen zu versorgen, verfügen Bayerns Krankenhäuser über geeignete Kapazitäten, um Patienten aus dem Ausland qualitativ hochwertig zu behandeln.

Da diese Patienten sowohl aus Ländern der EU als auch von außerhalb der EU kommen, erscheint das Thema „Europäisierung des Krankenhausmarktes“ fast zu eng gewählt. Der Gesundheitsmarkt macht eben nicht an den Grenzen Europas halt, sondern ist vielmehr durch eine zunehmende Globalisierung gekennzeichnet.

Das renommierte Beratungsunternehmen Ernst & Young hat in einer Untersuchung aus dem Jahre 2002 den globalen Markt im Bereich der Gesundheitswirtschaft auf 2,5 Billionen US Dollar beziffert, bei einer jährlichen Wachstumsrate von 3 %. Diesem Wachstumsmarkt kommt eine immense wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische Bedeutung zu. So weist allein der Krankenhaussektor - in Deutschland der größte Zweig des bundesdeutschen Dienstleistungssektors – bei einem Umsatzvolumen von mehr als 55 Mrd. Euro mit rund 1,03 Mio. Beschäftigten mehr Mitarbeiter auf als der gesamte Bereich der Kreditinstitute und Versicherungsunternehmen.

Gerade für die Krankenhäuser als maßgebliche Leistungserbringer ist es ein Gebot der Stunde, sich im zunehmend globalisierten Gesundheitsmarkt zukunftssträftig zu positionieren. Eine verstärkte Dienstleistungsorientierung zur Gewinnung ausländischer Patienten sowie strategische Kooperationen über Staatsgrenzen hinweg sind für Krankenhäuser erforderlich, um im internationalen Wettbewerb bestehen zu können. Dabei ist Flexibilität gefragt. Weltpolitische Ereignisse wie z.B. der 11. September 2001 oder der Irak-Konflikt haben zu einer Abwendung arabischer Patienten von Kliniken in den USA oder Großbritannien geführt und gleichzeitig die Chancen deutscher Kliniken enorm erhöht.

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, auf diese Veränderungsprozesse zu reagieren und sie verantwortungsvoll mitzugestalten.

Anrede,

soweit es um Patienten aus den Ländern der EU geht, kann es sich um gesetzlich Versicherte als auch um Privatversicherte handeln.

Die in den letzten Jahren ergangenen Entscheidungen des EuGH – zur Behandlung gesetzlich Versicherter – spiegeln die zunehmende Bedeutung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung wieder. Deshalb bin ich überzeugt, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, insbesondere die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, auch vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung erheblich an Dynamik gewinnen wird.

Als grundlegend können die Urteile Kohl/Decker des EuGH aus dem Jahr 1998 gelten. Die wesentlichen Grundsätze aus diesen Urteilen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Gemeinschaftsrecht lässt die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt.
- Trotzdem müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht, insbesondere das Marktrecht der EG, beachten.
- Eine vorherige Genehmigung für eine Behandlung im Ausland stellt eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs im Sinne der Art. 49 und 50 EG-Vertrag dar.

Die Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit kann jedoch objektiv gerechtfertigt sein, wenn andernfalls eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu besorgen ist.

In seinen weiteren Urteilen zur medizinischen Behandlung im Ausland – hier sind insbesondere zu nennen die Urteile Smits/ Peerboom sowie Müller/Fauré und van Riet – trifft der EuGH die nötige Differenzierung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich.

Für den stationären Bereich hat der EuGH judiziert, dass eine vorherige Genehmigung für eine stationäre Behandlung grundsätzlich zulässig ist. Dabei berücksichtigt das Gericht die Besonderheiten der Aufrechterhaltung einer Infrastruktur von Krankenhäusern, die im Hinblick auf ihren Betrieb und ihre Finanzierung einer Planung bedürfen. Maßgebend war für das Gericht u.a. dass in nahezu allen Ländern der EU genauso wie bei uns die Investitionen vom Staat gezahlt werden.

Ist danach der Genehmigungsvorbehalt grundsätzlich zulässig, so ist die Erteilung der Genehmigung nicht in das Belieben der nationalen Träger gestellt. Ein System behördlicher Genehmigung ist vielmehr nur dann gerechtfertigt, wenn es jedenfalls auf objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beruht, die im Voraus bekannt sind, damit dem Ermessen der nationalen Behörden Grenzen gesetzt werden, die seine missbräuchliche Ausübung verhindern.

Nicht versagt werden darf die Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung im Ausland insbesondere dann, wenn ein Behandlungsnotstand besteht, wenn also eine gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung nicht rechtzeitig in einer nationalen Einrichtung erlangt werden kann. In einer solchen Situation darf bei den dann zur ergänzenden Versorgung herangezogenen Krankenhäusern nicht nach der Nationalität der Häuser differenziert werden.

Zur Klärung des Begriffs „rechtzeitig“ müssen die nationalen Behörden nicht nur den eigentlichen Gesundheitszustand des Patienten prüfen und gegebenenfalls das Ausmaß seiner Schmerzen oder die Art seiner Behinderung, sondern auch die Vorgeschichte des Patienten berücksichtigen.

Für den ambulanten Bereich hat der EuGH dagegen festgestellt, dass das Erfordernis der vorherigen Genehmigung der Kostenübernahme bei Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung im EU-Ausland gegen den Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs verstößt. Hier scheidet auch jede sonstige Rechtfertigung aus. Künftig ist damit die Inanspruchnahme einer ambulanten ärztlichen Behandlung im EU-Ausland gegen Kostenerstattung (in Höhe der Kostensätze des Heimatlandes des Versicherten) ohne vorherige Genehmigung auch durch GKV-Pflichtversicherte möglich.

Anrede,

im Hinblick auf eine erleichterte Behandlung von Patienten aus Europa sind die zur grenzüberschreitenden Behandlung von Patienten ergangenen Entscheidungen sehr zu begrüßen. Sie bereiten einem freien Dienstleistungsverkehr im Gesundheitssektor und damit einer im Grundsatz grenzenlosen Patientenversorgung den Weg. Nicht zuletzt durch die mit den Urteilen geschaffene Rechtsklarheit wird diese Entwicklung gestärkt und gefördert. Dabei denke ich, dass der EuGH mit Augenmaß in seinen Entscheidungen die Besonderheiten der

stationären Krankenversorgung, insbesondere das Erfordernis der Aufrechterhaltung einer Infrastruktur von Krankenanstalten, sachgerecht berücksichtigt hat. Deshalb hätte das BMG in seiner ersten Reaktion auf die Entscheidung zu Kohl/Decker nicht nur ängstlich die Gefahren, sondern auch die Chancen für unser Gesundheitswesen hervorheben müssen.

Anrede,

mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das am 1.1.2004 in Kraft getreten ist, hat der deutsche Gesetzgeber die wesentliche Essenz dieser Urteile im nationalen Recht kodifiziert und dabei auch klar zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschieden.

§ 13 Abs. 4 SGV regelt die erleichterte Inanspruchnahme ambulanter Leistungserbringung im Europäischen Wirtschaftsraum. Patienten sind danach grundsätzlich berechtigt, sich im Wege der Kostenerstattung im europäischen Ausland ambulant behandeln zu lassen. Außerdem wird der Kostenanspruch klar geregelt, der auf den Betrag beschränkt wird, den die Krankenkasse bei Erbringung der Leistung im Inland als Sachleistung zu tragen hätte.

Den Besonderheiten der stationären Gesundheitsversorgung trägt der Gesetzgeber in § 13 Abs. 5 SGB V Rechnung, indem er das grundsätzliche Zustimmungserfordernis der Kasse vor einer Behandlung im Ausland festschreibt, wie in den Entscheidungen des EuGH ausgeführt. Außerdem wird klargestellt, unter welchen Voraussetzungen die Zustimmung versagt werden darf. Eine Versagung ist nur dann zulässig, wenn für den Versicherten eine ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Inland erbracht werden kann. Das dürfte in Deutschland allerdings in aller Regel der Fall sein.

Auch durch die gesetzliche Neu-Regelung im 5. Buch des Sozialgesetzbuchs ist die Dynamik dieser Entscheidungen noch nicht zum Stillstand gekommen. Wesentliche rechtliche Fragen, die gerade im Zusammenhang mit den durch das GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen neuen Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser aufgeworfen sind, harren noch der abschließenden Klärung.

Unklar ist beispielsweise, welche Regelungen für die nunmehr in größerem Umfang mögliche ambulante Behandlung im Krankenhaus gilt. Ist in diesem Fall die Regelung des § 13 Abs. 4 SGB V für ambulante Behandlung oder die des Abs. 5 für den stationären Bereich maßgeblich? Überträgt man die Argumentation des EuGH für die Differenzierung zwischen

ambulantem und stationärem Bereich auf diese Konstellation, so müsste meiner Ansicht nach auch die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach den erleichterten Voraussetzungen einer ambulanten Behandlung möglich sein. Maßgebend wäre dann die Art, nicht der Ort der Behandlung. Das Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Sozialrecht hat zu diesem Problemkreis ein aktuelles Gutachten erstellt, in dem es zu eben diesem Ergebnis kommt.

Anrede,

auch wenn noch nicht alle rechtlichen Problemstellungen geklärt sind, bin ich überzeugt, dass die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs und ihre Umsetzung in nationales Recht eine Schrittmacherfunktion für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung entfalten werden. Die Bedeutung der Behandlung von ausländischen Patienten wird damit für viele Kliniken weiter steigen.

Die Rechtsprechung des EuGH muss aber auch in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union konsequent umgesetzt werden. Solange einzelne Länder ihre nationalen Regelungen nicht den Vorgaben des EuGH anpassen, kann die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung nicht gelingen. Die Länder Europas sollten sich nicht aus Furcht vor Konkurrenz abschotten oder beispielsweise an finanziellen Kontingentierungen für Auslandsbehandlungen festhalten, sondern vielmehr die mannigfaltigen Chancen sehen, die das zusammenwachsende Europa auch im Gesundheitsbereich birgt. So haben wir beispielsweise bei unseren Gesprächen mit österreichischen Grenzregionen festgestellt, dass das Interesse an bayerischen Patienten sehr groß ist, aber gleichzeitig die Behandlung österreichischer Patienten in Bayern davon abhängig gemacht wird, ob die für die Auslandsbehandlung dieser Patienten zentral vorgesehenen Mittel noch zur Verfügung stehen.

Zudem müssen die Bürger Europas noch in einem erheblich stärkeren Maß über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen informiert werden. Hier bestehen derzeit noch Informationsdefizite, durch die verhindert wird, dass das bestehende grenzübergreifende Angebot von den Bürgern Europas voll genutzt wird.

Anrede,

im Zuge der zunehmenden Europäisierung des Gesundheitsbereichs wird vor allem die Gesundheitstelematik, d.h. die gemeinsame Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie zur Übertragung von Gesundheitsdaten, zu einem entscheidenden Instrument bei der grenzüberschreitenden Krankenversorgung werden.

Der Freistaat Bayern hat sich sehr früh mit dem Potential befasst, das in der Informations- und Kommunikationstechnologie für das Gesundheitswesen steckt. Bereits vor neun Jahren begann der Freistaat, im Inland gezielt telemedizinische Projekte zu fördern. Inzwischen wurden 25 Vorhaben mit zusammen rd. 8 Mio. € unterstützt. Die Projekte befassen sich dabei mit den unterschiedlichsten Aspekten der Gesundheitstelematik. Fast alle Anwendungsformen sind betroffen.

Für die Gesundheitstelematik sind weder Landkreis- noch Staatsgrenzen ein Hindernis. Wenn es um eine europaweite Versorgung geht, kann die Gesundheitstelematik den Kliniken in mehrfacher Hinsicht von Nutzen sein:

Zum einen schafft sie die technische Voraussetzung, medizinische Leistungen auch über große Entfernungen hinweg bereitstellen zu können. So können medizinische Kompetenzzentren beispielsweise mit Hilfe des Telemonitorings im Ausland lebende, chronisch kranke Patienten daheim überwachen und betreuen. Telekonsultations-Anwendungen ermöglichen es den Krankenhäusern, ihr hoch spezialisiertes Fachwissen z.B. im Bereich der Radiologie und der Pathologie auch grenzüberschreitend anzubieten.

Zum anderen kann die Gesundheitstelematik die Versorgung ausländischer Patienten in bayerischen Krankenhäusern dadurch erleichtern, dass sie den Zugriff auf medizinische Daten erlaubt, die im Heimatland des Patienten elektronisch gespeichert sind oder die dieser – auf einer Chipkarte abgelegt – bei sich trägt. Dies muss keine utopische Zukunftsvision bleiben. Erste Ansätze für eine Harmonisierung auf europäischer Ebene sind z.B. in der Standardisierung eines Notfalldatensatzes und eines Datensatzes für Zuckerkrankte zu erkennen. Auch die in Deutschland geplante elektronische Gesundheitskarte wird dieses Ziel unterstützen, da auf ihr u.a. ein Berechtigungsnachweis zur Behandlung im europäischen Ausland aufgenommen wird.

Eine grenzüberschreitende telemedizinische Leistungserbringung berührt eine Reihe rechtlicher Fragen – Fragen, die selbst bei einer Nutzung von Telematikanwendungen im

Inland noch nicht vollständig geklärt sind. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang Themen wie die Arzthaftung, das ärztliche Berufsrecht, die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung oder die Sicherstellung des Datenschutzes. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass wir auf den Einsatz der neuen Technologien verzichten. Vielmehr gilt es, die Chancen zu nutzen, die die Telematik bietet, um das hohe Niveau der Medizin in Bayern auch im Ausland demonstrieren zu können. Die Anfragen aus dem Ausland nach der Einbindung in bayerische telemedizinische Projekte belegt die Richtigkeit des eingeschlagenen Weges.

Anrede,

angesichts der Europäisierung des Krankenhausmarktes wird es in Zukunft immer wichtiger, dass sich die einzelnen Regionen als spezifisch schlagkräftige „Gesundheitsregionen“ verstehen und demgemäß positionieren. Clusterbildung ist in aller Munde. So sehr man über dieses Modewort im deutschen Sprachgebrauch auch streiten kann, die grundsätzlichen Vorteile dieses Ansatzes gelten auch im Gesundheitsbereich uneingeschränkt, denn – wie bereits ein altes Sprichwort sagt –

„Eine Hand allein kann keinen Knoten binden.“

Das Erfordernis, unsere Stärken in der Gesundheitsversorgung zu bündeln, gilt erst recht angesichts des ständig zunehmenden globalen Wettbewerbsdrucks, ja ist existenziell für eine zukunftsfähige Positionierung des Gesundheitssektors im globalen Wettbewerb. Und die derzeitige wirtschaftliche Lage mahnt zu raschem Handeln.

Die industrielle Wertschöpfung in unserem Lande wird mit immer weniger Beschäftigten erreicht. So haben beispielsweise die Automobilhersteller in Deutschland in den letzten fünf Jahren ca. ein Drittel der Kosten eingespart und dabei 25 Prozent mehr Fahrzeuge produziert. Das war ohne jeden Zweifel positiv für unsere internationale Wettbewerbsfähigkeit, hingegen für den Arbeitsmarkt extrem negativ. So zahlte – wie der Präsident der Fraunhofer Gesellschaft vor kurzem in einem Vortrag darlegte – ein maßgebliches Unternehmen für die manuelle Fertigung von Kabelbaumsätzen für Fahrzeuge je Arbeitsstunde in Nürnberg 30 EURO, dieselbe Arbeitsstunde kostet in Ungarn 5 EURO und in Rumänien 2 EURO. Das neue Werk wird jetzt für 3000 Menschen in der Ukraine gebaut, wo der Stundenlohn noch niedriger ist.

Warum sage ich das? Ich sage das nicht, weil ich der Meinung bin, dass wir unseren Lebensstandard den genannten Ländern anpassen sollen! Oder um insbesondere mit der EU-Osterweiterung verbundene Ängste bezüglich der Abwanderung von Industrien und damit Arbeitsplätzen zu schüren.

Sondern weil mehr denn je der Satz gilt:

„Es überleben nicht immer die stärksten oder die intelligentesten einer Spezies, sondern jene, die am schnellsten auf Veränderungen reagieren können.“

Industrielle Tätigkeitsfelder sind für uns von enormer Bedeutung. Wir müssen uns aber auch um neue Konzepte kümmern. Wir brauchen neue Bereiche, die wir verstärkt dafür einsetzen müssen, um Arbeitsplatzeffekte zu erzielen. Hier bietet sich der Dienstleistungssektor, wozu ja das Gesundheitswesen gehört, uneingeschränkt an. Arbeitsplätze in diesem Feld können nicht einfach transferiert oder exportiert werden. Hinzu kommt, dass es sich um einen sehr arbeitsintensiven Bereich handelt. Es muss verstärkt ins Bewusstsein geraten, welche Bedeutung Dienstleistungssektoren wie das Gesundheitswesen haben.

Im Hinblick auf die in der grenzüberschreitenden Krankenhausversorgung liegenden Potentiale für Wirtschaft und Arbeitsmarkt kommt es entscheidend darauf an, die in den einzelnen Regionen angesiedelten Gesundheitseinrichtungen nicht alleine auf das „internationale Parkett“ zu schicken, sondern hinzuwirken, dass sie sich als schlagkräftige und wettbewerbsfähige Gesundheitsregion im globalen Wettbewerb positionieren. Dabei muss im Rahmen kooperierender Selbstorganisation eine sehr viel stärkere Vernetzung der Gesundheitseinrichtungen sowohl auf der horizontalen wie vertikalen Ebene erfolgen. Durch diese Vernetzung kann es vielerorts kostengünstiger und besser gelingen, den Patienten auf engstem Raum alle gesundheitspezifischen Service- und Dienstleistungen, verschiedenste Spezialisierungen auf qualitativ höchstem Niveau zu einem günstigen Preis anzubieten. Die Clusterbildung kann für viele Regionen im Gesundheitsbereich zu einem Motor für Wirtschaftswachstum und Arbeitsmarkt werden.

Dabei sollte die regionale Ausrichtung auf die Gesundheit als identitätsstiftendes Merkmal einer Region insbesondere auch grenzüberschreitend erfolgen. In einem ständig näher zusammenwachsenden Europa lassen sich Marktentwicklungen nicht an offenen Grenzen aufhalten.

Ein Musterbeispiel für eine solche Vernetzung kann hier das geplante Kompetenzzentrum Sport, Gesundheit und Technologie Garmisch-Partenkirchen werden. Die Auftaktkonferenz wird am 17. und 18. Juli 2004 in Zusammenarbeit mit den Sportweltspielen der Medizin in Garmisch-Partenkirchen stattfinden, an der neben namhaften Wissenschaftlern auch bekannte Sportler wie Christian Neureuther oder Klaus Wolfermann teilnehmen. Marktgemeinde und Region Garmisch-Partenkirchen wollen mit dem Kompetenzzentrum die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen Medizin, Sportwissenschaft, Materialwissenschaft, Psychologie und den jeweils beteiligten Unternehmen verbessern. Gleichzeitig soll grenzübergreifend die Region Tirol/Innsbruck mit in das Vorhaben einbezogen werden, um attraktive Standortbedingungen für Wissenschaft, Wirtschaft und Sport zu schaffen.

Betreut werden die Gründung des Kompetenzzentrums und die Konferenz im Juli von zwei Münchener Firmen. Die betreuenden Firmen hatten Anfang 2004 eine Machbarkeitsuntersuchung vorgelegt, nach der sukzessive drei Säulen aufgebaut werden sollen: eine Akademie, ein Anwendungs- und Dienstleistungszentrum und eine Sportagentur, die sich um Einwerbung und Betreuung von weiteren internationalen Veranstaltungen und Events kümmern soll. Gefördert wurde die Studie vom Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie.

Anrede,

unser Ziel muss es sein, und das gilt auch im Hinblick auf die Grenzregionen zu unseren osteuropäischen Nachbarn, die in den Regionen vorhandenen Stärken der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen zu bündeln, die unerschlossenen Produktivitäts- und Kompetenzreserven zu heben, um sich die Wachstumspotentiale im Gesundheitsbereich und die sich daraus ergebenden Chancen für Wirtschaft und Arbeitsmarkt konsequent zu erschließen. Denn in einigen Jahren wird die Globalisierung im Gesundheitsbereich genauso selbstverständlich sein, wie in vielen anderen Bereichen der Wirtschaft und des europäischen Alltags. Dabei sollten wir nicht zu spät kommen.

DRG'S IN EUROPA

Prof. Dr. Jean-Marie Rodrigues

Département de Santé Publique et d'Information Médicale,
Université Jean Monnet
St. Etienne (Frankreich)

**Europäisierung des
Krankenhausmarktes – Chancen
und Risiken für deutsche
Krankenhäuser**

**Early
European Case mix developments**

**04/07/06
München, Deutschland**

J.M Rodrigues USE/PCSE 1

U SPIN

KEY FACTS

– DRGs / PPS
20 weltweite Systemanpassungen innerhalb
der letzten Jahre(1983-2003) ausgehend
von den USA

**Innerhalb der nationalen
Gesundheitssysteme , Case mix measures
haben sich als anpassungsfähig an ihre
lokalen Umfelder bewiesen**

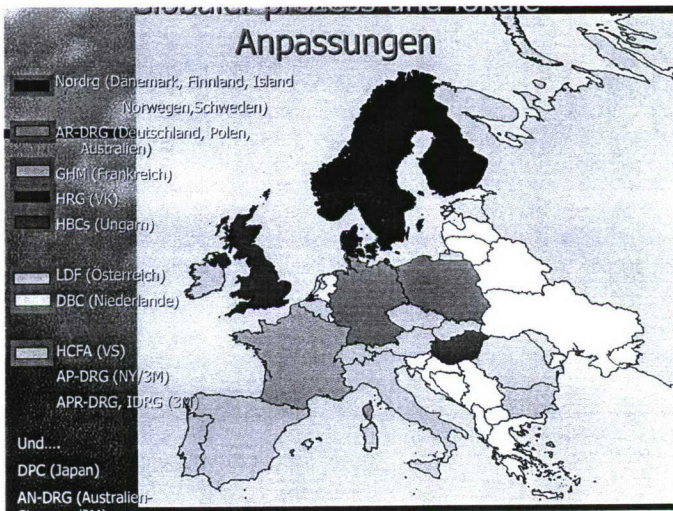
J.M Rodrigues USE/PCSE 1

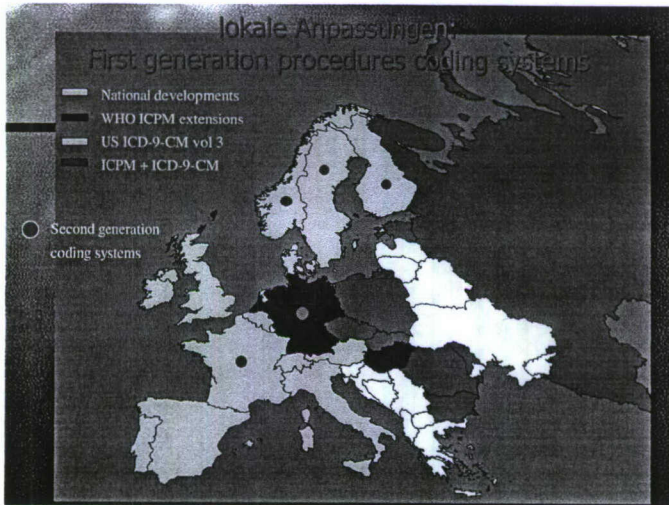
Von einer „success story“ zu einer neuen anderen Gesundheitspolitik

- Anwendbar in allen Wirtschaftskonjuncturen (Wirtschaftswachstum, Wirtschaftszurücktreten)

Andauernde Herausforderung : Effizienz

J.M Rodrigues USE/PCSE





Patient Classification Systems/Europe PCS/E

- Eine internationale Vereinigung gegründet 1984 von 5 Ländern
- Jahresversammlungen (eine in Australia in 1996, eine in Washington 03)
Die nächste Jahresversammlungen :
Budapest, von 27. Bis 30. Oktober 04)
- Case-mix journal
- Summer school
- www.pcse.org.

J.M Rodrigues USEP/SE

1

Patient Classification Systems/Europe PCS/E

■ 2002: in allen 5 Kontinenten und
35 Ländern



J.M Rodrigues USE/PCSE

1



■ DIE GESCHICHTE VON CASE MIX

- Die Entwicklung von « case-mix technologies »
 - 100 Versuchstests von 60's bis heute

Entwicklung von Anwendungen

20 Einführungen von Mitte der 80 er Jahre. bis
heute

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Zurück von der Zukunft

- ◆ Die erste Erfahrungsexperimente im Vereinigten Staten und Europa
- ◆ Verhältnisse zwischen den Erfahrungsexperiment

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

•Die Entstehung in den USA 65-83

•Yale university : quality control for utilization review :1965 Medicare.

•US Prospective Payment System (PPS) 1983

2 teile reform

1 payment planned (prospective) fixed price

2 product of hospital by DRG

recently extended to ambulatory care

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Klassifizierung des weste Gesundheitsystem

2 Sorten :

- Bismarck Deutschland

The health insurance system

based on contracting between partners: health care professionals, insurers-funding : risk management within market and a restricted role for state government

- Beveridge national system England

The integrated healthcare system

associating the partners based under the management of the state government to satisfy health care needs to support the demand side of the Keynes model

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Klassifizierung des weste Gesundheitsystem

Health Insurance System

Compulsory health insurance West.

USA: Competing health insurance

Compulsory health insurance Ost

Integrated Healthcare System

National level

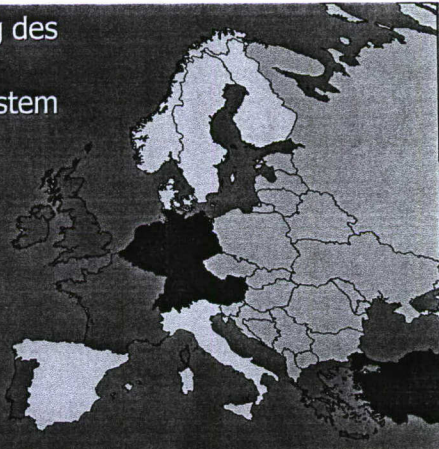
+ Singapore

Regional Level

+ Canada, Australia,

New Zeland

Mixed System



J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Allgemeine europäische DRGs-Erfahrungen

4 Phasen

1 Technischen Durchführbarkeit : von 1983 (Frankreich)
bis 1990 (Ungarn)

2 Erklärung der unterschiedlichen Spitalsaufenthalte
(from 20 % to 50 % depending upon quality of the input
data bases)

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Allgemeine europäische DRGs-Erfahrungen

3 Eine analytische Buchführung (cost accounting) auf das
case-Mix System gestützt

Durchgeführt 1984 in Frankreich in 2 Krankenhaus
(Vienne and Annemasse Rhône-Alpes region)

Portugal

Skandinavien

Maryland cost weights before genuine national cost weights .

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Allgemeine europäische DRGs-Erfahrungen

4 Informationssystementwicklung

France GHM 1986 = HCFA DRGs version 3 1985.

UK HRG (Health Resource Group)

Österreich LDF grouper.

Anderen Land Americanischen softwares (DRGs, APDRGs)

J.M Rodrigues USE/PCSE

1



ACHTUNG MISSVERSTÄNDNIS

Weltweit :
informationssystem,
classifying algorithm
computation of an actual cost by patient stay

kennen US Regierung: PS

J.M Rodrigues USE/PCSE

1



ACHTUNG MISSVERSTÄNDNIS

Keinen US Regierung PBS

Einpassen das Gesamtbudget (Global budget) mit case-mix

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN

■ The ex post critical Erfolgsfaktoren of the DRG implementation

■ By differences between most and less successfull

4 concomitant factors

- Health care organisation reform
- DRG Technology investment
- IT Technology development
- Managerial innovation

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN

1. : 4 Erfolgsfaktoren

- 0 Europäische Land
- Vereinigten Staaten
- Australien

2. : 2 Erfolgsfaktoren

Hungarn : DRG technology investment and anticipation on the future health policy (after the communist system)

Ireland : first computation of case mix adjusted budget and the integration of the tool in the health care system decision process

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN

2 : 2 Erfolgsfaktoren

Norwegen : IT investment in hospitals for cost data ,participation to the Nordrg centre and the relation with the health policy to increase acute care hospitals activity

Portugal : very efficient use of a restricted hospital information system and DRG resources and integration to the health policy to develop hospitals

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN

3. Höherer Durchschnitt : ein oder mehrere positive Erfolgsfaktoren , ein negativer Erfolgsfaktor

r

Österreich : Case mix technology investment Leistungsbezogene Diagnosefallgruppen (LDF) applied quickly to the payment of the hospitals for the part supported by the lander but with no important managerial innovation

Belgien : migration from the billing information system to a detailed cost by case but with a restricted utilisation of the system and external dependency for the DRG grouper technology

Finnland : Early testing ,participation to the Nordrg centre and clear use for internal management (Helsinki hospitals network)but very partial dissemination(no integration to the health care policy)

Frankreich : early 4 phases testing (1983-1985) but underestimation of DRG technology investment until 2002 and slow IT development and managerial innovation in hospitals .integration to the health policy in 1996 Rodrigues USE/PCSE 1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN(cont 3)

3. Höherer Durchschnitt : ein oder mehrere positive Erfolgsfaktoren , ein negativer Erfolgsfaktor

Italien : quick transition from pilot test to implementation ,use of an alternative case mix tool (disease staging) on the same data base but partial dissemination of the system and underestimation of DRG technology investment

Spanien : Early testing in one region Catalonia ,alternative case mix (PMC)and wide applications of bench marking but partial dissemination and under estimation of IT development in hospitals in the less developed regions and DRG technology investment.

Schweden : Early testing ,participation to the Nordrg centre and clear use for payment (Stockholm county) but very partial dissemination

Schweiz : Early testing in canton de Vaud but partial dissemination and external dependency for the DRG grouper technology

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN(cont 4)

4 unter dem Durchschnitt: ein oder mehrere positive Erfolgsfaktoren , ein negativer Erfolgsfaktor und eine 10 Jahre Verzögerung nach dem ersten Testen

Dänemark : Early testing ,participation to the Nordrg centre but very late transition to implementation

Vereinigtes Königreich : Early testing with alternative case mix trials (HRG,DRG,APDRG,disease staging and PMC)but underestimation of IT investment for clinical data in hospitals and very late transition to implementation

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN(cont 5)

5 Zwei Länder die sich entwickeln werden

Deutschland :

early testing of DRG and PMC (1985 to 1989)

a complex specific German payment system with 3 concurrent payments (160 expensive procedures (Sonderentgelte), 75 surgical groups of cases related Fallpauschalen and per diem rates)

underestimations of DRG technology and IT investment for costing, realignment by the health insurances, the hospital corporation and the federal government to implement the Australian Refined AR DRG starting in 2003 and to set a DRG national center (INEK).

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

TECHNOLOGISCHE INNOVATIONEN ERFOLGSFAKTOREN(cont 6)

5 Zwei Länder die sich entwickeln werden

Niederlande :

several pilot tests with US DRG since the early 80s and localised Case mix
no implementation until the recent specific DBC system

Nevertheless several positive success factors as :

IT developments in hospitals for clinical data and for costing
managerial innovation but unrelated to the case mix tool.

DRG technology as a solution looking for a problem and not related to a
goal of health policy .

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Konkusionen

1 Keinen PPS in Europa

**2 Case-Mix hat die Grenzen des Gesundheitswesens
überschritten (non acute care settings)**

**3 Der Haupterfolgsfaktor : integration von DRG bis
die Gesundheitspolitik and die Investitionen in
Technologie von DRG.**

**4 Der Anfang ist leicht aber schwierig, das Ziel zu
erreichen. (IT und management)**

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

Und die Zukunft : (offene Fragen)

1. Brauchen wir ein «standardised coding system for procedure » mit ISO , CEN ,ICD10 AM ACHI ,HL7?

Brauchen wir ein Europäische Case-Mix oder ein internationalische Case-mix

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

J.M Rodrigues USE/PCSE

1

BENCHMARKING FÜR KRANKENHÄUSER IN EUROPA

Eckhart Flügge
3M HIS Institut
Neuss

Zusammenfassung:

Durch die unterschiedlichen Klassifikationssysteme für Diagnosen und Prozeduren war eine vergleichende Betrachtung stationärer Krankenhausleistungen, welche in unterschiedlichen europäischen Ländern erbracht wurden, bislang nur schwer möglich. Durch die Entwicklung des International Refined DRG-Systems können Falldaten, welche unterschiedliche Diagnosen- und/ oder Prozedurensysteme verwenden, ohne Überleitungstabellen miteinander in Beziehung gesetzt werden. Dies eröffnet weitreichende makro- wie mikroökonomische Möglichkeiten. Vergleiche von Daten vollstationärer Behandlungsfälle unterschiedlicher europäischer Länder können nicht nur wertvolle Beiträge zu einer europäischen Gesundheitsberichterstattung liefern, sondern auch die Weiterentwicklung nationaler Gesundheitssysteme fördern. Darüber hinaus können sie wertvolle betriebswirtschaftliche Impulse setzen, da DRG basiertes Benchmarking auch zur Beeinflussung mikroökonomischer Parameter im Sinne von Best Practice eingesetzt werden kann. Zu diesen Parametern gehören beispielsweise Kennzahlen zur Kodierqualität, Verweildauerinformationen, Mortalitätsdaten, Daten zu Verlegungen und Anteile von Langlieger-Patienten innerhalb der stationären Behandlung, Kostendaten oder Top-Listen als Basis für die Entwicklung klinischer Pfade.

Bislang waren die Voraussetzungen für transnationale Vergleiche auf DRG Ebene ungünstig

Der Beginn der Abrechnung mit Hilfe der Diagnosis Related Groups (DRGs) in Deutschland durch die ersten freiwillig teilnehmenden Krankenhäuser stellt einen wichtigen Meilenstein in der Reform des lokalen Gesundheitswesens dar. Das 3M Medica Health Information Services Institut (3M HIS Institut) hat u.a. mit der Entwicklung eines Werkzeugs zur Pflege und Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems für die Selbstverwaltung sowie der Erstkalkulation deutscher Relativgewichte und der Übernahme der offiziellen

Datenannahmestelle im Auftrag des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) Beiträge geleistet.

Auf Basis der von 3M entwickelten IR-DRG in der Version 1.2 ist war es in 2002 möglich neun Länder mit ca. 2,9 Millionen Datensätzen in einem europäischen Benchmarking zu analysieren. Auswertungen und Erkenntnisse dieses Projektes mit erweiterter Perspektive im europäischen bzw. internationalen Rahmen werden anhand der Vortragsfolien dargestellt .

In Europa existieren unterschiedliche Staaten mit verschiedenen Gesundheitssystemen. Insbesondere durch die Verwendung unterschiedlicher Kodiersysteme in Europa sind die Möglichkeiten für vergleichende Betrachtungen der Krankenhausleistungen begrenzt. Nach der Entwicklung der ersten DRG Systeme in den Vereinigten Staaten vor über 20 Jahren entstanden in vielen europäischen Ländern Modifikationen mit spezifischen Charakteristiken, so dass die gruppierten Daten eines Systems nicht mit denen des anderen Systems vergleichbar bzw. mit einer gleichartigen Methodik gruppierbar sind.

Krankenhausleistungen bilden einen bedeutenden Teil der europäischen Gesundheitssysteme. Krankenhausvergleiche auf DRG-Basis könnten nicht nur makroökonomisch die Verteilung von Leistungskomplexen in unterschiedlichen Ländern vergleichen, sondern auch die Grundlage für betriebswirtschaftliche Vergleiche zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher europäischer Staaten mit der Möglichkeit des Lernens vom Besten und eines DRG-basierten Benchmarkings bilden. Die Liste möglicher Betrachtungen kann problemlos ausgeweitet werden. Qualitätsbetrachtungen, Kostenvergleiche, Vergleiche klinischer Vorgehensweisen bis zur Erstellung klinischer Behandlungspfade über Ländergrenzen hinweg sind nur einige Beispiele. Aber auch auf die Bedeutung für eine europäische Gesundheitsberichterstattung für den Krankenhaussektor soll hier hingewiesen werden.

Da aber bislang die unterschiedlichen nationalen DRG- Systeme auf den nationalen Kodiersystemen für Diagnosen und Prozeduren basierten, existierte kein für alle Länder (und die unterschiedlichen Diagnose- und Prozedurencodes) gleich optimales DRG-System. Bislang musste an dieser Stelle mit „übersetzenden“ Überleitungs- Tabellen (Mapping) gearbeitet werden. Dies konnte zur Folge haben, dass bei Inkongruenzen zwischen den Kodiersystemen Auswirkungen auf das Gruppierungsergebnis resultierten.

Land:	ICD-9:	ICD-10:	Prozedurenklassifikationssystem
Bulgarien	X		ICD-9-CM Version 18
Deutschland		X	OPS 2.1
Irland	X		ICD-9-CM Version 16
Italien	X		ICD-9-CM Version 14
Portugal	X		ICD-9-CM Version 16
Schweden		X	Nordisches Prozedurensystem mit lokalen Modifikationen
Schweiz		X	ICD-9-CM Version 19
Spanien	X		ICD-9-CM
Tschechien		X	Lokale Version des ICPM

Tabelle: Die Ausgangssituation in Europa. Unterschiedliche Klassifikationssysteme für Diagnosen und Prozeduren

Ein DRG-System für unterschiedliche Länder und ihre Diagnosen- sowie Prozedurensysteme

An diesem Punkt setzt das Konzept der International Refined Diagnosis Related Groups (IR-DRG) an. Dieses neuartige DRG-System ermöglicht die Integration verschiedener Kodiersysteme und somit das Vermeiden von Informationsverlusten und Übertragungsfehlern durch Mappings. Durch die Verwendung jeweils nativer Versionen des IR- DRG Groupers sollte gewährleistet werden, dass gleichartige Leistungen trotz Kodierung in unterschiedliche Diagnosen- und Prozedurensysteme dennoch durch die gleichen IR- DRGs charakterisiert werden.

Das IR-DRG System besteht in der Version 1.2 aus 321 Basis- DRGs, von denen 306 nach drei Schweregraden unterteilt sind. Zehn Basis-DRGs sind nicht unterteilt. Darüber hinaus gibt es noch drei dreifach unterteilte Prüf-Basis DRGs bei denen die Hauptdiagnose nicht zu einer der Prozeduren passt und zwei nicht unterteilte Fehler-DRGs. Insgesamt kommt das IR-DRG- System auf insgesamt **939** einzelne DRGs.

Krankenhausfälle aus unterschiedlichen europäischen Ländern sind mit dem IR-DRG-System vergleichbar

Wir betrachteten Daten von über 2,9 Millionen Fällen aus neun Ländern (Bulgarien, Deutschland, Irland, Italien, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien und Tschechien). Die Daten stammten größtenteils aus Universitätskliniken oder akademischen Lehrkrankenhäusern. Es gab jedoch auch Länder, welche durch Daten aus dem jeweiligen Gesundheitsministerium repräsentiert wurden, bzw. auch ein Land mit Daten eines Krankenversicherers. Es wurde das IR DRG-System in der Version 1.2 angewendet.

Mit Hilfe US-amerikanischer Kostendaten wurde ein eigenes Gewichtsset angefertigt. Hierbei wurde auf die Daten des Health Care Cost and Utilization Projects (HCUP) Nationwide Inpatient Sample (NIS) der Agency for Health Care Policy and Research zurückgegriffen. Die HCUP-Datenbasis besteht aus den Daten von ca. 6,9 Millionen Fällen (inklusive Kostendaten). Sie stellt nicht nur ca. 20% des Volumens der stationären Behandlungsfälle in den USA dar, sondern ist eine repräsentative Abbildung aller US- Krankenhausfälle (auch für die unterschiedlichen Segmente).

Gut 90 Prozent der Fälle verblieben in der Grenzverweildauer. Von den 939 möglichen IR-DRGs kamen 937 in der Studie vor. Die Studie ermöglichte es in ihrer ersten Phase nicht nur, Daten aus allen teilnehmenden Ländern zu verarbeiten, sondern auch erste Vergleiche zwischen stationären Krankenhausdaten unterschiedlicher Länder vorzunehmen.

Ausblick

Trotz der nicht unbeträchtlichen Anzahl knapp drei Millionen Fälle, welche in dieser Studie Eingang fanden, darf nicht übersehen werden, dass der Zweck der Studie erst einmal darin bestand, die Anwendbarkeit des IR-DRG- Systems auf die unterschiedlichen europäischen Klassifikationssysteme zu prüfen.

Obwohl einzelne vergleichende Betrachtungen bereits in diesem Stadium der Studie zu Machbarkeitsanalysen angestellt wurden, sollte eine repräsentative Auswertung von medizinischen und von Leistungsfragestellungen erst nach Erweiterung der Datenbasis in Hinblick auf die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser erfolgen. Die folgende Phase der Studie wird sich dann stärker auf die quantitative Auswertung medizinischer und krankenhausökonomischer Parameter konzentrieren.

Hier sind z.B. vergleichende Auswertungen zur Kodierquantität und –qualität, zum Abdeckungsgrad stationärer Leistungen und ihrer Abbildung im IR-DRG System, zum Grad der Integrativen Versorgung (ambulant, tagesstationär, vollstationär, rehabilitativ), zu durchschnittlichen Verweildauern in den jeweiligen IR-DRGs, zu Mortalitätszahlen in den jeweiligen DRGs (auch als grober Anhalt für Behandlungsqualität) oder zum Volumen verlegter Patienten je DRG möglich. Ein weiterentwickelte Version 2.0 der IR-DRG Methodik bezieht bereits den ambualnaten und tagestationären Bereich durch ein

Ausweitungen der Gruppierungsmöglichkeiten auf 1158 DRGs , wobei der Anteil der ambulant bzw. tagestationär bewertbarer Fälle bei maximal 362 DRGs liegt.

Auf dieser Grundlage wären erste makroökonomische Überlegungen auf nationalstaatlicher wie auf europäischer Ebene möglich, wie auch betriebswirtschaftliche strukturelle Maßnahmen wie transnationale Kostenvergleiche oder länderüberschreitende Entwicklungen von klinischen Behandlungspfaden. Dies könnte insbesondere in hochspezialisierten Bereichen, in denen die Datenlage eines Landes beschränkt ist, wertvolle Beiträge für den medizinischen wie auch krankenhausökonomischen Fortschritt leisten.

Literatur:

Casas, M., Tomàs R.: Producing DRG Statistics at the European Level: Lessons from the EURODRG Project. In: Casas, M., Wiley, M. M.: Diagnosis Related Groups in Europe, Springer, 1993

Flüge, E.: First European IR- DRG Study. In: Proceedings of the 18th International Case Mix Conference. PCS/E, Innsbruck 2002

Flüge, E.: European IR- DRG Outlier-Statistics Study. In: Proceedings of the 19th International Case Mix Conference. PCS/E, Washington 2003

Flüge, E., Scheffer, H., Lorenzoni, L., Mullin, R. L., Boucher, A.M., Delcourte, Y., Boucher, S. A., Tinker, A. K.: First European IR DRG Study. Report in press

France, F., Mertens, I., Closon, M.-C., Hofdijk, J. (Hrsg.): Case Mix: Global Views, Local Actions. Evolution in Twenty Countries. IOS Press, Amsterdam, 2001

Rhodes, G., Wiley, M. M., Tomas, R., Casas, M., Leidl, R.: Comparing EU hospital efficiency using diagnosis-related groups. Eur J Public Hlth 1997; 7: 42-50

Autoren:

Prof. Dr. med. Robert L. Mullin

Em. Professor Yale University School of Medicine, Medical Consultant, 3M Health Information Systems, Wallingford, Connecticut, USA

Eckhard Flügge

Senior Medical Consultant Manager Europe , 3M Medica, Health Information Services Institut, Neuss

Luca Lorenzoni

Economic Consultant, 3M Health Information Systems, Italien

Anne M. Boucher

Business Managerin Europa, Naher Osten und Mittelasien, 3M Health Information Systems Europa, Neuss

Hermann Scheffer

Medical Consultant Manager, 3M Medica, Health Information Services Institut, Berlin

Weitere Informationen bei:

Eckhard Flügge

Postcode 073E

3M Medica Health Information Services Institut

Hammfelddamm 11

41453 Neuss

3M Health Information Systems

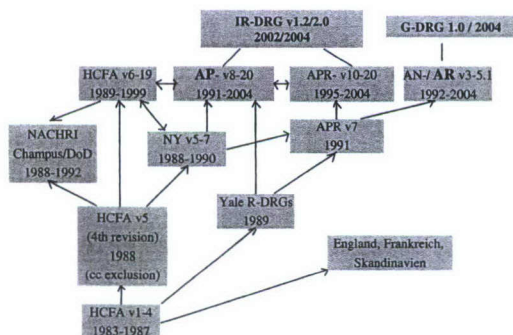


Europäische Hospital Märkte Grouper - System IR-DRG für ein pan-europäisches Benchmarking

Flügge, Eckhard - MD, Bob Mullin - MD, Sue Boucher, Luca Lorenzoni, Hermann Scheffer - MD

3M Innovation

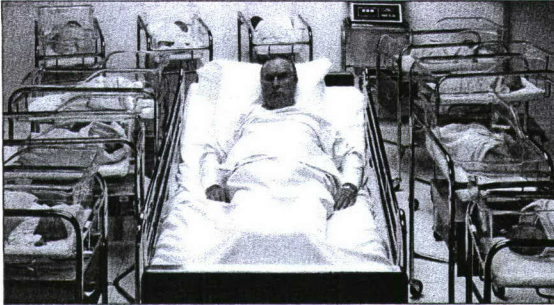
“Genetische” Entwicklung der DRGs



3M Innovation

3M HIS - Pan Europäische Projekt-Studie

Dokumentation !



3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Definition der IR-DRGs

- **IR-DRG**

International Refined DRG Software ist ein Casemix Werkzeug zur Bildung **managementfähigen**, medizinisch homogenen Patientenklassen, die den krankenhaus-Patientenschweregrad in Beziehung setzen zu den erforderlichen Ressourcen. Die IR-DRG Klassifikation bietet **drei Schweregradstufen** zur statistischen Identifikation von Unterschieden. Aufgrund der IR-DRG Entwicklung spezifisch für internationale Anwendung integriert es multiple Diagnosen und Prozeduren Systematiken und liefert so

grenzüberschreitende Vergleichsmöglichkeiten .

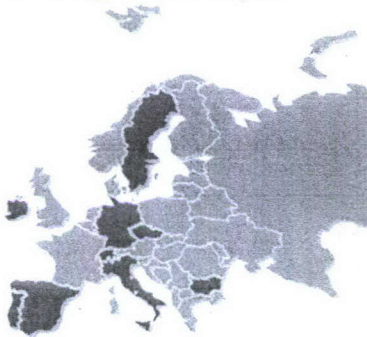
3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG Version 1.2 Projekt Abdeckung in Europa

Teilnehmende Länder :

Bulgarien
Tschechien
Deutschland
Irland
Italien
Spanien
Schweden
Schweiz
Portugal



3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Basis IR-DRG Beispiel TOP 20 Land A

BASE DRG	DESC	TOTAL COUNT	percentage	total perc	Cnt 1	Cnt 2	Cnt3
0232	OTHER DISORDERS OF THE EYE	9703	3,96%	3,96%	6567	2685	451
1575	NEONATE, BIRTHWT >4990 W/O MAJOR PROCEDURE	8358	3,41%	7,38%	8004	304	50
1463	VAGINAL DELIVERY	5682	2,32%	9,70%	4857	701	24
0542	CARDIAC ARRHYTHMIA & CONDUCTION DISORDERS	4122	1,69%	11,36%	2154	1391	577
1130	KIDNEY & URINARY TRACT MALIGNANCY & RENAL FAILURE	4036	1,65%	13,03%	2830	889	337
0146	OTHER DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM	3878	1,58%	14,61%	1791	1359	728
0434	RESPIRATORY MALIGNANCY	3315	1,35%	15,97%	787	1854	694
0638	OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES	3284	1,34%	17,31%	1613	1296	373
0637	MEDICAL BACK PROBLEMS	3234	1,32%	18,63%	1857	1108	269
0309	OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT PROCEDURES	3139	1,28%	18,91%	2646	405	88
0035	HEART FAILURE	2894	1,18%	21,09%	342	1538	1014
1930	SCHIZOPHRENIA	2818	1,15%	22,24%	2559	197	62
1733	CHEMOTHERAPY	2745	1,12%	23,37%	1958	635	152
0513	PERICUTANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES W/O AMI	2735	1,12%	24,48%	1379	912	444
0810	BACK & NECK PROCEDURES EXCEPT DORSAL & LUMBAR FUSION	2702	1,10%	25,59%	1964	581	157
0634	OTHER SKIN & BREAST DISORDERS	2686	1,10%	26,08%	2028	524	134
1731	LUNG PNEUMONIA & NON-ACUTE LUNGEMIA	2654	1,09%	27,77%	913	1227	514
0335	OTHER EAR, NOSE, MOUTH & THROAT DIAGNOSES	2582	1,06%	28,82%	2168	342	72
0436	SIMPLE PNEUMONIA & WHOOPING COUGH	2543	1,04%	29,86%	603	1213	727
0131	NERVOUS SYSTEM MALIGNANCY AND DEGENERATIVE DISORDERS	2513	1,03%	30,89%	806	1177	530

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Tagungsband zum 13. Neubiberger Krankenhausforum:

„Europäisierung des Krankenhausmarktes - Chancen und Risiken für deutsche Krankenhäuser“ am 6. Juli 2004

Basis IR-DRG Beispiel TOP 20 Land B

BASE DRG	DESC	TOTAL COUNT	percentage	total perc	Cnt 1	Cnt 2	Cnt 3
1575	NEONATE, BIRTHWT >2499G W/O MAJOR PROCEDURE	4840	6,07%	6,07%	4515	273	52
1463	VAGINAL DELIV'RY	2583	3,24%	3,31%	2035	528	20
0841	OTHER MUSCULOSKELETAL SYSTEM & CONNECTIVE TISSUE DIAGNOSES	1720	2,18%	11,47%	1643	68	9
1460	CEASAREAN DELIVERY	1591	2,00%	13,46%	1273	238	80
0204	LENS PROCEDURES W OR W/O VITRECTOMY	1532	1,92%	15,39%	1253	265	14
2332	OTHER FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS	1309	1,64%	17,03%	1072	152	85
0815	UPPER EXTREMITY PROCEDURES	1304	1,64%	18,86%	1189	102	13
0161	CRAWFOOT MY	1257	1,58%	20,34%	712	365	180
0309	OTHER EAR, NOSE & MOUTH & THROAT PROCEDURES	959	1,22%	21,48%	856	104	9
0637	MENICAL BACK PROBLEMS	956	1,20%	22,66%	896	216	44
0203	INTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT LENS	933	1,20%	23,89%	810	140	3
1464	ABORTION W DEC, ASPIRATION CURETTAGE OR HYSTEROTOMY	860	1,08%	24,93%	789	69	2
2301	PROCEDURE W DIAGNOSES OF OTHER CONTACT W HEALTH SERVICES	851	1,07%	26,00%	703	128	20
1731	LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA	828	1,04%	27,04%	318	364	146
1467	POSTPARTUM & POST-ABORTION DIAGNOSES W/O PROCEDURE	822	1,03%	28,07%	678	119	25
0934	OTHER SKIN & BREAST DISORDERS	809	1,01%	29,08%	540	216	53
0202	EXTRAOCULAR PROCEDURES EXCEPT ORBIT	807	1,01%	30,09%	708	98	1
0901	SKIN GRAFT & WOUND DEBRIDEMENT	768	0,96%	31,06%	494	230	54
0902	SKIN PROCEDURES	754	0,95%	32,00%	692	52	10
1304	UTERINE & ADJEXA PROCEDURES FOR CAN IN SITU & NON-MALIGNANCY	741	0,93%	32,93%	656	71	14

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Basis IR-DRG Beispiel TOP 20 Land C

BASE DRG	DESC	TOTAL COUNT	percentage	total perc	Cnt 1	Cnt 2	Cnt 3
1733	CHEMOTHERAPY	12207	4,61%	4,61%	6720	4796	691
1033	OTHER ENDOCRINE DISORDERS	8340	3,15%	7,76%	6951	1275	114
0901	SKIN GRAFT & WOUND DEBRIDEMENT	7186	2,72%	10,46%	7002	172	12
1575	NEONATE, BIRTHWT >2499G W/O MAJOR PROCEDURE	6282	2,37%	12,85%	5689	445	168
0204	LENS PROCEDURES W OR W/O VITRECTOMY	6089	2,30%	15,15%	5562	511	16
1463	VAGINAL DELIV'RY	6206	1,87%	17,12%	4687	294	44
0146	OTHER DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM	4793	1,81%	18,93%	2605	1883	305
0834	OTHER SKIN & BREAST DISORDERS	4509	1,70%	20,63%	4235	246	28
0638	OTHER DIGESTIVE SYSTEM DIAGNOSES	4437	1,67%	22,31%	3454	940	63
1472	ANTEPARTUM DIAGNOSES W/O PROCEDURE	4404	1,66%	23,97%	2702	1434	268
1030	DIABETES AND NUTRITIONAL & METABOLIC DISORDERS	4128	1,56%	25,53%	3176	904	46
1304	UTERINE & ADJEXA PROCEDURES FOR CAN IN SITU & NON-MALIGNANCY	3969	1,50%	27,03%	3620	322	27
2332	OTHER FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS	3602	1,36%	28,39%	3193	362	47
0131	NERVOUS SYSTEM & ALIGNANCY AND DEGENERATIVE DISORDERS	3564	1,35%	29,74%	2330	899	275
1005	THYROID, PARATHYROID & THYROIDAL GLAND PROCEDURES	3539	1,34%	31,07%	3108	407	24
1731	LYMPHOMA & NON-ACUTE LEUKEMIA	3518	1,33%	32,40%	2399	728	391
1460	CEASAREAN DELIVERY	3221	1,22%	33,62%	2216	734	271
0637	OTHER GASTROENTERITIS & ABDOMINAL PAIN	3028	1,14%	34,76%	2642	355	31
0542	CARDIAC ARRHYTHMIA & CONDUCTION DISORDERS	2832	1,07%	36,83%	1672	1023	137
0608	NEURAL & FEMORAL NERVA PROCEDURES	2763	1,05%	36,89%	2548	217	18

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG V 1.2 Darstellung Land A

- % Abdeckung der stationären Versorgung

50 % Fälle gruppiert mit	85 IR-DRGs
80 % Fälle gruppiert mit	248 IR-DRGs
95 % Fälle gruppiert mit	489 IR-DRGs

IR-DRG ohne Treffer:	39
„Prüf-DRG“ - Anteil :	1,01 %

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG V 1.2 Darstellung Land B

- % Abdeckung der stationären Versorgung

50 % Fälle gruppiert mit	67 IR-DRGs
80 % Fälle gruppiert mit	232 IR-DRGs
95 % Fälle gruppiert mit	490 IR-DRGs

IR-DRG ohne Treffer :	53
„Prüf-DRG“ - Anteil :	0,80 %

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG V 1.2 spezifischer Verweildauervergleich

0837 Medizinisch konservative Rückentherapie

Land	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
D	15,80	17,86	19,45
E	10,85	13,58	13,32
A	10,00	15,03	19,28
F	7,01	11,66	21,99
G	6,58	11,23	9,64
H	7,14	11,14	12,95
I	3,46	5,49	19,08

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG V 1.2 spezifischer Verweildauervergleich

0535 Herzversagen

Land	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
D	11,32	12,84	14,07
E	9,68	11,83	12,28
A	7,56	12,50	13,86
F	7,15	9,11	11,36
G	6,78	12,73	19,87
H	4,11	7,61	10,28
I	3,02	5,10	7,47

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG V 1.2 spezifischer Verweildauervergleich

1733 Chemotherapie

Land	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
D	7,00	8,50	11,14
E	6,00	6,72	11,96
A	1,47	1,93	2,93
F	3,10	4,69	10,58
G	3,89	4,42	5,11
H	3,25	4,10	12,00
I	1,43	3,88	4,13

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG spezifische MDC-Vergleiche

MDC Transplantationen und Langzeitbeatmung Land C

DRG	Titel	Nominalwert	Fälle	Fälle der Vergleichsgruppe	DIF.	Casemix	Casemix Gruppe	DIF.	Verweildauer	Verweildauer Gruppe
0008	HEART AND LUNG TRANSPLANT W/OCC	4,92	4	0,82	0,8	4,92	4,04	0,88	7	22
0009	HEART AND LUNG TRANSPLANT W/OCC	7,94	5	5,5	-0,5	31,8	4,15	6,32	22	34
0009	TRANSPLANT W/OCC	4,49	2	5,5	-1,5	0,42	26,09	-0,68	44	22
0009	LIVER TRANSPLANT W/OCC	6,8	45	8,97	-2,07	292,63	0,084	0,79	29	24
0009	LIVER TRANSPLANT W/OCC	0,79	33	22,75	-21,96	409,8	27,18	0,08	52	43
0009	TRANSPLANT W/OCC	3,61	0	34,99	-34,99	36,54	0,647	-0,93	23	22
0009	TRANSPLANT W/OCC	5,27	29	22,59	6,44	0,872	0,092	36,8	33	27
0009	BONE MARROW TRANSPLANT W/OCC	6,61	109	6,19	47,8	773,09	43,107	34,02	38	37
0009	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITH TRACHEOSTOMY W/OCC	2,48	0	25,38	-25,38	32,48	70	-37,32	80	28
0009	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITH TRACHEOSTOMY W/OCC	4,05	48	69,57	-21,57	20,68	3,833	-18,65	44	47
0009	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITH TRACHEOSTOMY W/OCC	9,16	294	342,07	-5,05	2845,23	2507,67	327,56	47	57
0009	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITHOUT TRACHEOSTOMY W/OCC	3,02	47	37,0	9,87	07,58	05,9	46,69	89	8
0009	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITHOUT TRACHEOSTOMY W/OCC	3,8	88	87,02	95,98	677,09	399,56	317,53	24	23
0009	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITHOUT TRACHEOSTOMY W/OCC	4,38	908	373	570,5	4364,78	854,66	272,0	32	36
MDC 9: Skizze			0743	985,89	756,41	809,8,5	6.093,24	3825,28		

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Bewertungsrelationen

Basis HCUP 2000 – normalisiert IR-DRG Studie

List of U.S. Relative Weights Normalized for the Data in the Pan European Project

Total Count Total row count
 Inlier Count Number of inliers (excludes transfers in non-transfer DRGs)
 ALOS Arith Average Length of Stay, calculated arithmetically
 ALOS Geom Average Length of Stay, calculated geometrically
 Low Trim Point
 High Trim Point
 Relative Weight - U.S. (HCUP 2000) relative weights normalized to the PEP Inlier casemix
 NOTES:
 1. The RV for the Error DRGs (99989 and 99999) are set to 1.000
 2. "1" indicates that there are zero inlier cases for that DRG
 3. Normalized Relative Weights are included for DRGs with zero cases for completeness

Total Patient Count = 2,911,848
 Total Number of Inliers = 2,758,089

DRG	DRG Description	Count		ALOS		Trim Point		Relative Weight
		Total	Inlier	Arith	Geom	Low	High	
00011	HEART &/OR LUNG TRANSPLANT W/O CC	10	9	22.50	17.52	3	96	9,055
00012	HEART &/OR LUNG TRANSPLANT W CC	67	63	31.33	25.03	6	99	13,052
00013	HEART &/OR LUNG TRANSPLANT W MCC	102	94	43.17	30.43	7	166	26,145
00021	LIVER TRANSPLANT W/O CC	67	53	24.07	19.92	5	73	9,831
00022	LIVER TRANSPLANT W CC	231	204	25.51	22.06	7	88	11,263
00023	LIVER TRANSPLANT W MCC	277	241	43.71	33.53	8	148	20,490
00031	BONE MARROW TRANSPLANT W/O CC	426	389	22.83	18.92	5	76	4,710
00032	BONE MARROW TRANSPLANT W CC	276	257	27.11	23.50	7	74	9,926
00033	BONE MARROW TRANSPLANT W MCC	744	679	36.77	32.01	12	85	13,693
00041	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITH TRACHEOSTOMY W/O CC	309	238	27.21	18.41	3	113	3,462
00042	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITH TRACHEOSTOMY W CC	847	619	46.27	35.45	6	187	7,081
00043	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITH TRACHEOSTOMY W MCC	2,947	2,211	59.54	41.61	7	233	18,212
00051	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITHOUT TRACHEOSTOMY W/O CC	452	389	10.68	4.92	1	51	5,007
00052	LONG TERM MECHANICAL VENTILATION WITHOUT TRACHEOSTOMY W CC	1,242	967	23.75	14.11	2	120	5,903

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG Statistik „alle Fälle“

type	cases	%	equivalent cases	weight	add/los weight	CMI_new
outlier	118513	4,07	218827,35	300214,90	128914,94	2,5332
shortstay	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
newborns	85793	2,95	85793,00	57490,76	0,00	0,6701
ext. Transfers	89111	3,06	70828,62	129266,68	-30846,82	1,4506
inliers	2618431	89,92	2618431,00	2598592,50	0,00	0,9924
sum	2911848	100,00	2993879,97	3085564,84		1,0597

outlier	118513	4,07	218827,35	300214,9	128914,94	2,5332
shortstay	34258	1,18	10970,95	39685,83	-60064,13	1,1581
newborns	85793	2,95	85793	57490,76	0	0,6701
ext. Transfers	89111	3,06	70828,62	129266,68	-30846,82	1,4506
inliers	2584163	88,75	2584163	2498842,54	0	0,9670
sum	2911848	100,00	2970582,92	3025500,71		1,0390

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG V 1.2 Statistik „Studien Fälle“

type	cases	case %	equi cases	CMI PEP weights	ALOS
oulier	108036	4,39	183659,47	2,4513	43,24
shortstay	0	0,00			5,78
newborns	85793	3,49	85793,00	0,6701	7,30
transfer	71473	2,91	59671,54	1,6550	14,48
inlier	2194039	89,21	2194039,00	1,0258	8,22
sum	2459341	100	2523163,01	1,0943	9,73

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG Statistik Langlieger

Fall-Typ nach Länder	Fallzahl	VWD	% Tage
Langlieger			19,52%
1	31449	35,18	
2	4542	51,23	
3	8027	39,17	
4	9826	53,47	
5	35426	45,18	
6	7573	41,09	
7	4467	55,62	
8	4766	51,01	
9	1960	45,68	
	108036	43,24	

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Adjustierungen

- Bewertungsrelationen
 - Krankenhausklassen
 - Regionale Faktoren
 - Forschungs- und Ausbildungszuschläge
- Patienten Bereiche / Patienten Typen Analyse
 - Normal-Lieger
 - Kurzlieger
 - Verlegungsfälle
 - Langlieger
- Inklusiva / Exklusiva
 - Psychiatrie
 - Besondere Einrichtungen
 - Hospitäler mit integrierter Rehabilitation

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

„Dreifache 80-20“ Regel

- 80 % aller Patienten sind „normale Routine“
- 20 % benötigen „spezielle Medizin“ (Codes)
 - 80 % hiervon (16 %) bedürfen zusätzlicher personeller / technischer Ressourcen
 - 20 % hiervon sind abhängig von hochspezialisierter Medizin und definieren eine Gruppe von 4 % der Fälle
 - hiervon 80 % (3,2 %) „auf der Kippe“
 - letztlich 20 % (0,8 %) sind „verloren“

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Basic Output of the Pan-European IR-Project 9 Countries with 2,98 million datasets

- Coding quality overview (max. 3,5 DX / PX)
 - DRG Coverage / - Gaps
 - Mixture with Outpatient- / Day- / Rehabilitation Cases ?
- ALOS comparisons
- Mortality information
- Adjustments

Standards !

Quality reports !

Payment policy !

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG 2.0

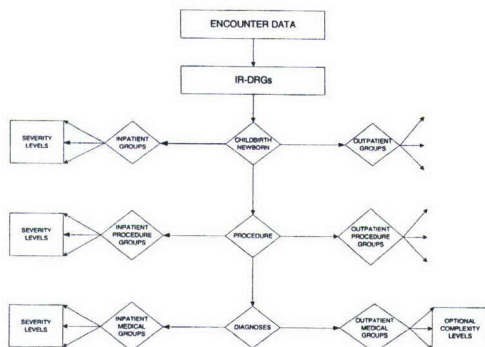
Encompasses All Outpatient Settings

- IR-DRGs 2.0 have been developed to group all types of inpatients and outpatients, (except long term) including :
 - hospital inpatients
 - hospital same day
 - hospital clinic
 - emergency room
 - clinic
 - office
 - rehab
 - chemo and radiation therapy

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Conceptual Framework



3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG 2.0

IR-DRGs per Procedure in IR-DRG 1.2

Prozeduren System	Anzahl operative Codes	Auftreten in IR-DRGs	Durchschnittliche IR-DRGs pro Prozedur
ICD-9-CM	2,379	7,127	3
German OPS 2.0	16,938	56,865	3.3
CPT (SA)	3,818	16,880	4.3
Czech	1,248	5,504	4.4
The Netherlands	6,084	26,432	4.3

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

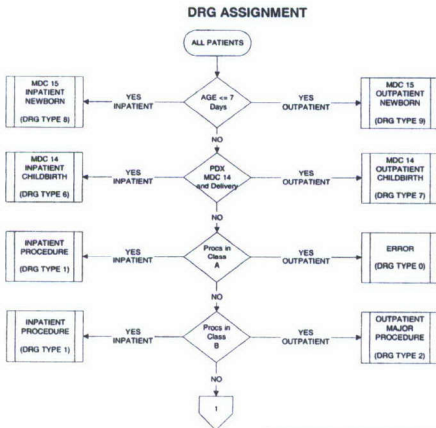
IR-DRG 2.0

IR-DRG Types

- Inpatient Procedure IR-DRG
- Outpatient Major Procedure IR-DRG
- Outpatient Significant Procedure IR-DRG
- Inpatient Medical IR-DRG
- Outpatient Medical IR-DRG
- Inpatient Childbirth IR-DRG
- Outpatient Childbirth IR-DRG
- Inpatient Newborn IR-DRG
- Outpatient Newborn IR-DRG
- 0. Error IR-DRG

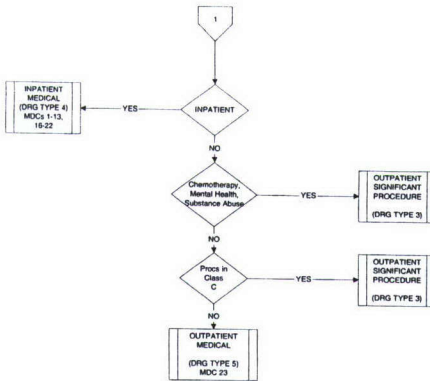
3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie



3M Innovation

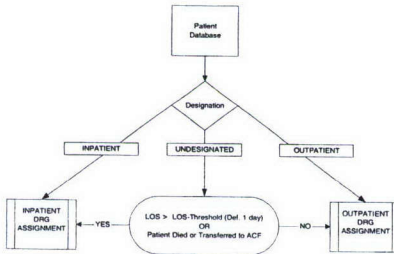
3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie



3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG 2.0



3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

Anzahl der IR-DRG Version 2.0

		"Stationär"	"ambulant"
Procedural	Basis	108	237
	mit Schweregrad	324	—
Medizinisch	Basis	154	51
	mit Schweregrad Komplexitätslevel	462	135 (optional)

Insgesamt 1074 IR-DRGs ohne optionale medizinisch "ambulante" Komplexitäts-Stufen.
Insgesamt 1158 IR-DRGs mit optionalen medizinisch "ambulante" Komplexitäts-Stufen.

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

IR-DRG - Information

• IR-DRG Pan European Study Information

Eckhard Flügge

efluegge@mmm.com

3M Innovation

3M HIS – Pan Europäische Projekt-Studie

DEUTSCHE UND TSCHECHISCHE KRANKENHÄUSER: KOOPERATION ODER KONKURRENZ?

Vladimir Zapletal

Leiter der Gesundheitsbehörden
Karlsbad (Tschechei)

These des Referats Dipl. ing. Vladimír Zapletal

- 1) Vorstellung der Tschechischen Republik, Karlsbader (Karlovy Vary) Region, gebiet (voriger Landkreis) Karlovy Vary, Einwohnerzahl
- 2) Organisation der Gesundheitspflege in Tschechischer Republik (CZE)
 - a. Rolle des Gesundheitsministeriums CZE, Legislative, Ausnutzung modernster Technik, Materialien und Medikamenten
 - b. staatliche Krankenhäuser – Fakultätskrankenhäuser, spezielle (sog. Superspezialisierte) Heilanstalten (z. B. Transplantationszentren)
 - c. in Zusammenhang mit regionale Ordnung sind vorige staatliche Krankenhäuser in größeren Städten ab 1. 1. 2003 regionalisiert, d. h. sind von Regionen geeignet und verwaltet, inklusive Schulden. Sie in der Regel 11 – 13 Grundbranchen haben.
 - d. Stadtkrankenhäuser – kleinere Anlagen mit 4 – 8 Branchen (Chirurgie, Interne Medizin, Gynäkologie, Entbindungsanstalt, Kinderabteilung, u. Ä.)
 - e. Vertragskrankenhäuser – in der Regel kleine Anlagen mit spezialisierten Branchen; manche Regionen gegenwärtig vorbereiten Privatisierung der Heilanstalten
- 3) Akute Bettpflege in der Karlsbader Region – 5, 5 Bett / 1000 Einwohner
 - a. 3 vorige Landkreiskrankenhäuser (Karlovy Vary, Sokolov, Cheb)
 - b. 1 Stadtkrankenhaus (Mariánské Lázně)
 - c. 1 Vertragskrankenhaus (Ostrov)
- 4) Problematik der Finanzierung von Akute Pflege (Krankenhauspflege)
 - a. die Kosten wachsen schneller als allgemeine Inflation
 - b. praktisch stabile Krankenversicherungsentnahme
 - c. es existieren 9 Krankenkassen
 - d. die Pflege ist von der Krankenversicherung voll (theoretisch) vergütet
 - e. Missverhältnis zwischen Versicherungsentnahme und Pflegekosten
 - f. notwendige Ökonomisierung des Krankenhäuserbetriebes
 - g. bisher ungelöste Mitbeteiligung der Patienten
- 5) Erweiternde Europa
 - a. neue, komplizierte Vorschriften für zwischenstaatliche Heilpflege, internationaler Abrechnungssystem, E-Formular
 - b. abweichende Vorschriften für Akute und Aufschiebbarer Pflege
- 6) Möglichkeiten der Konkurrenz oder Zusammenarbeit der Krankenhäuser
 - a. die Konkurrenz ist nur im Teil möglich (und schon existiert), vor allem in dem spezialisierten Branchen, z. B. Zahnmedizin, Ophthalmologie, Apotheken, kosmetische Eingriffe, teilweise auch Kurwesen
 - b. Zusammenarbeit ist vor allem in den Grenzregionen möglich, z. B. Karlsbader Region ist fähig bei der Onkologie (Cheb), Orthopädie und Ophthalmologie (Sokolov) und vor allem bei Kurwesen (Karlovy Vary – Karlsbad, Mariánské Lázně – Marienbad, Františkovy Lázně – Franzensbad, Jáchymov – Joachimsthal) mitwirken.
 - c. die Konkurrenz- und Zusammenarbeitsmöglichkeiten sind trotz vergleichbarer Qualität der Pflege durch die unterschiedliche Preis- und Kostenebene limitiert.

WETTBEWERBSFÄHIGKEIT DEUTSCHER KRANKENHÄUSER IN EUROPA

Dr. Axel Paeger

Vorsitzender Vorstand und Verwaltungsrat, CEO

Ameos-Holding AG

Zürich (Schweiz)



COMPETITIVENESS OF GERMAN HOSPITALS IN EUROPE

- Problem areas for competitiveness
in Germany
- How to create competitive
advantage

Frozen revenues make German hospital market increasingly unattractive

- Yearly revenue growth in 2003 was between zero and 0,81%
- A few hospitals had significant revenue decrease due to non-maximum budget usage
- Germany is “Niedrigpreisland” according to Prof. Neubauer’s “capacity drain model”

© Dr.Paeger@gmx.de

Lack in competitiveness is to the largest degree due to very high personnel costs

The reasons for too high personnel costs may be twofold:

- High head count of personnel, i.e. too many employees per patient case
- High salaries per head

© Dr.Paeger@gmx.de

High head count of personnel necessary due to suboptimal organization of processes

- In Germany physicians execute tasks (e.g. taking blood) that are performed by nurses in Switzerland and by paramedical personnel (e.g. phlebotomists) in the U.S.
- Medical residents spend between 30% and 40% of there time without creation of value – though it's not their fault!

© Dr.Paeger@gmx.de

Example Cardiac Insufficiency Pathway: „Routine Version“		
Day 1	Day 2	Day 3
1. H & P 2. PrevMedRec: Echo, Muga, CXR, EKG 3. Telemetry 4. CXR 5. EKG 6. Echo 7. ABG or Pulse Oxim. 8. Chemistries 9. CBC 10. Cardiac Enzymes Q8 11. Thyroid Studies 12. Nursing Assessment 13. Vital Signs, I&O 14. Cardiac Drugs 15. Diuretics 16. Anticoagulant 17. Oxygen 18. Bed Rest 19. Diet 20. Disc SW, HH, FS c Dr	2. PrevMedRec: still available 3. Discuss D/C Telemetry 8. Drug Levels 10. Cardiac Enzymes 16. Anticoagulant 17. Discuss O ₂ 18. Activity 19. Discuss Diet 20. SW Intervention	 4. CXR 5. EKG 7. ABG or Pulse Oxim. 8. Chemistries 12. Disc Progress 14. - 16. D/C Med 21. Holter 22. Echo/consult 23. Muga 24. Cardiac Cons if non-resp. 18. Amb. 20. Disc D/C

High head count of personnel necessary due to suboptimal organization of processes

- In Germany physicians execute tasks (e.g. taking blood) that are performed by nurses in Switzerland and by para-medical personnel (e.g. phlebotomists) in the U.S.
- Medical residents spend between 30% and 40% of there time without creation of value – though it's not their fault!

© Dr.Paeger@gmx.de

The BAT tariff still dominates German hospitals

- Salaries in BAT tariff system honoring length of stay with employer rather than contribution to the organization's success
- Ver.di trying to defend tariff system against individual contracting for reasons of securing its own authority

© Dr.Paeger@gmx.de

Material costs are among the highest in Europe

- Same products of same producer, produced at the same factory outlet, are available in Poland down to one third of the price in Germany or Switzerland
- Distribution channels in German health care system are less efficient than in most other European countries

© Dr.Paeger@gmx.de

Part of the material cost problem is a management problem

- Purchasing directors commonly lack a clear stimulus for cost saving
- Instead they often work with known salespeople, not using advantages of a transparent market e.g. via the internet

© Dr.Paeger@gmx.de



COMPETITIVENESS OF GERMAN HOSPITALS IN EUROPE

- Problem areas for competitiveness in Germany
 - How to create competitive advantage
-

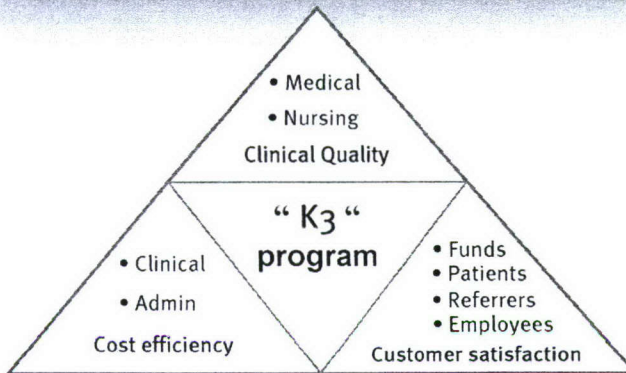
**Our values create
our competitive advantage**

- Professionalism und Quality
- Humanity and Social Responsibility
- Solidity und Integrity
- Reliability und Continuity
- Innovation und Strength in Implementation
- Clarity und Transparency
- Cooperation, Netting und Team Work

... we live our values inwards and outwards

© Dr. Paeger@gmx.de

Cost Efficiency, Clinical Quality and Customer Satisfaction are the Success Factors



© Dr.Paeger@gmx.de

Our competitive advantage: AMEOS distinguishes itself by ...

- Vicinity und appreciation for human beings who confide themselves with us,
- Sensibility and responsibility for employees,
- Integration of processes in medicine, nursing, and admin,
- Strongest financial security and highest capital strength in the market

© Dr.Paeger@gmx.de

Extremely important is the employees' role when building competitive advantages

- Self-responsible
- Initiating
- Entrepreneur-like
- Team oriented
- Performance-oriented

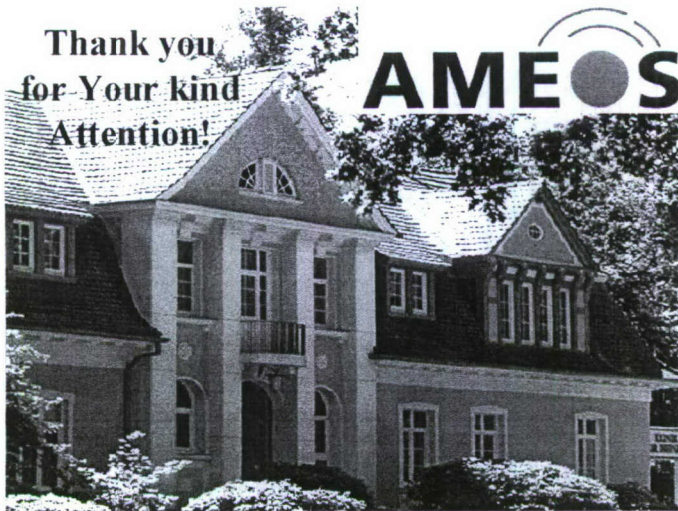


K 2

K 3

Thank you
for Your kind
Attention!

AMEOS



POLNISCHE KRANKENHÄUSER IM VEREINTEN EUROPA

Dr. med. Krzysztof Kaszmierczak
Sana-Kliniken GmbH & Co. KGaA
München



Polnische Krankenhäuser im vereinten Europa



Dr. med. Krzysztof Kaszmierczak
Medizin und Qualitätsmanagement
Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA
München

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



Vortragsinhalte

- Polnisches Gesundheitssystem
- Polnische Krankenhäuser
- Konsequenzen der EU-Erweiterung



© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München

Polnisches Gesundheitswesen vor 1989



- Staatliches, zentral gesteuertes Gesundheitswesen
- Bündelung der Renten-, Sozial- und Unfallversicherung
- Staatliche Gesundheitsversorgungsbetriebe als Leistungserbringer
(sog. ZOZ = Zakład Opieki Zdrowotnej)
- Privater Sektor
 - Ärzte
 - Zahnärzte
 - Aber: keine privaten Krankenhäuser

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



I. Transformationsphase: 1989 - 1999



- Gesetz über Allgemeine Krankversicherung (1999)
 - Gründung der Krankenkassen (17)
 - Übertragung der Verantwortung auf die Organe der Selbstverwaltung
 - Verzeichnis der medizinischen Leistungen
 - Abschaffung des Kontrahierungszwangs
 - Einführung der Leistungsplanung und -steuerung

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



II. Transformationsphase: Jahr 2003



- Gesetz über Allgemeine Krankversicherung in dem Nationalen Gesundheitsfond (2003)
 - Überführung der Krankenkassen in
 - Nationalen Gesundheitsfond (NFZ)
 - Aufbau des Zentralen Versichertenregisters
- Aktuell wird ein neues Gesetz vorbereitet ...
 - Gesetzlicher Leistungskatalog (?)

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



Grundsätze des Gesundheitssystem in Polen



- Pflichtversicherung aller Bürger
- Solidaritätsprinzip
- Gleicher Zugang zu den Gesundheitsleistungen
- Freie Wahl des Leistungsanbieters
(entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen)

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



Politische Rahmenbedingungen seit 50 Jahren unverändert...



- Menge der Finanzmitteln, die dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden, kann nicht vergrößert werden
- Medizinische Leistungen sollen – im Grunde – „kostenlos“ angeboten werden
- Der Staat sollte die Krankenhäuser steuern (kontrollieren)
- Der Kostenträger, der die öffentlichen Finanzmitteln verwaltet, sollte gegenüber den Leistungsanbieter eine Monopolstellung besitzen

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



Republik Polen - Wichtige Kennzahlen



Einwohner:	38,6 Millionen
Bruttoinlandsprodukt:	177,5 Mrd. US \$
Gesundheitsausgaben:	6,3 % des BIP (11,2 Mrd. US \$)
davon	
Öffentliche Hand:	4,7 % des BIP (8,4 Mrd. US \$)
Private Haushalte:	1,6 % des BIP (2,8 Mrd. US \$)
Krankenhausaussgaben:	2,1 % des BIP (3,7 Mrd. US \$)
Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen	ca. 14 %

Quelle: European health for all database (HFA-DB) der WHO; Daten aus 2001

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



Altes und bekanntes Problem...

... es gibt ein Missverhältnis zwischen der Menge der
(öffentlichen) Finanzmittel, die dem Gesundheitswesen
zugeteilt werden, und der Anzahl der generierten
(nachgefragten) medizinischen Leistungen...

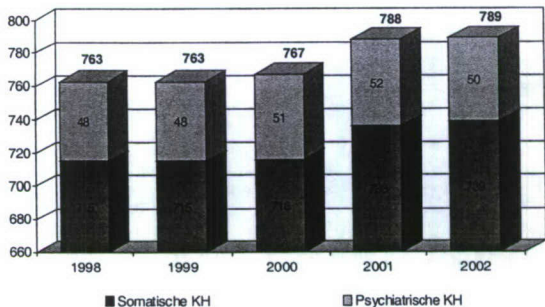
© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München

Land	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in %	Ärzte je 100.000 Einwohner	Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner
Deutschland	11,1	336	901 *
1 Estland	5,5	308	595
2 Lettland	4,9	299	775
3 Litauen	5,8	399	895
4 Malta	9,7	267	488
5 Polen	6,3 *	224 *	549 * (494)
6 Slowakei	7,0	320	765
7 Slowenien	8,9	224	508
8 Tschechien	7,0	350	860
9 Ungarn	6,8 *	319	785
10 Zypern	6,1 *	262 *	438 *

Quelle: WHO; Grafik: AOK-Medien dienst

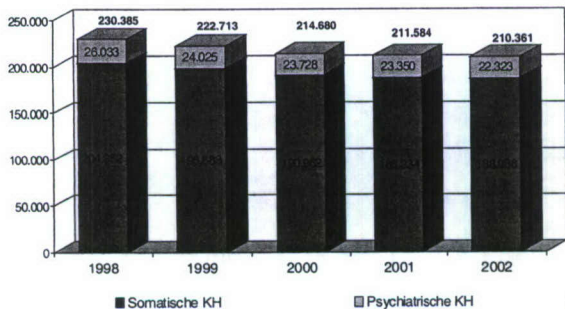
Daten aus 2002; * Daten aus 2001

Polnische Krankenhäuser: Anzahl



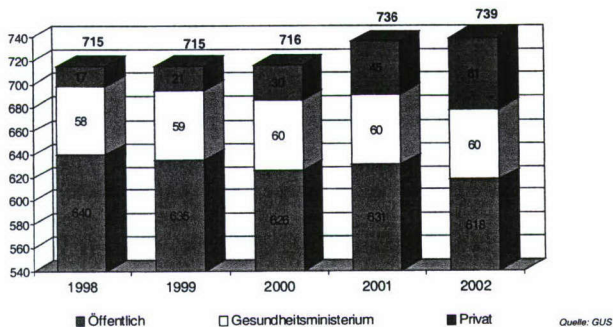
© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München

Polnische Krankenhäuser: Bettenkapazitäten



© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München

Somatische Krankenhäuser: Trägerstruktur



© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



Somatische Krankenhäuser: Kennzahlen (2001) sana

Krankenhausfälle:	ca. 6,4 Millionen pro Jahr
KH-Häufigkeit:	16.458 pro 100.000 Einwohner
Durchschnittliche Bettenkapazität:	ca. 256 Betten
Durchschnittliche Bettenauslastung:	77,1 %
Durchschnittliche Verweildauer:	8,4 Tage
Durchschnittliche Fallkosten:	ca. 560,- US \$ (ca. 670,- €)

Quelle: Ministerstwo Zdrowia

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München

Konsequenzen der EU-Erweiterung aus der Sicht eines polnischen Krankenhauses



- Kostensteigerung
 - Personal
 - Sachkosten (Arzneimittel)
 - Energieträger
- Personalmangel
 - EU-Arbeitsrecht
 - Emigration des Fachpersonals
- Selektiver Patientenverlust
- Abfluss der Finanzmittel aus dem Budget des NFZ
- Neue Kooperationsmöglichkeiten



© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München

Konsequenzen der EU-Erweiterung aus der EU-Sicht



Nowoczesne badania kardiologiczne

Największa Sieć Centrów
Dializ i Centrów Diagnostycznych w Polsce

» EuroMedic Polska » Centra Dializ » Centra Medyczne » Publikacje » Lokalizacja szpitali w Polsce » Testy » Działalność

EuroMedic International Polska Sp. z o.o.
ul. Krucza 14/22, 00-526 Warszawa
tel. (+48 22) 627 28 80, fax (+48 22) 627 28 99
e-mail: biuro@euromedic.pl

© EuroMedic International Polska Sp. z o.o. | Design by D&D

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

© 2004 Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München



ANHANG